

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Pós Graduação em Educação Especial

ESTUDO DE UM CASO

Espinha Bífida

Vasco Romano Tavares Almeida

Porto

Janeiro 2012

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti
Pós Graduação em Educação Especial

Projeto de Investigação

ESTUDO DE CASO

Espinha Bífida

Vasco Romano Tavares Almeida

Orientador: Doutora Rosa Lima

Projeto de investigação realizado no
âmbito da pós-graduação em Educação
Especial - Domínio Cognitivo Motor

Porto

Janeiro 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço à da minha esposa e aos meus filhos por todo o incentivo dado para a realização deste trabalho.

Estou grato à Doutora Rosa Lima, minha orientadora, pela disponibilidade, empenho e, sobretudo, pela oportunidade que me concedeu de partilhar o seu imenso conhecimento.

A todos, que de algum modo me apoiaram, o meu muito obrigado.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS.....	6
INTRODUÇÃO	8
CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	10
A - PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA DO ALUNO	11
1 - DEFINIÇÃO	12
2 - ETIOLOGIA.....	14
3- TIPOS DE ESPINHA BÍFIDA.....	16
4 - TRATAMENTO CLÍNICO DA ESPINHA BÍFIDA	19
5 - MALFORMAÇÕES ASSOCIADAS À ESPINHA BÍFIDA.....	20
5.1- HIDROCEFALIA	20
5.2- ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS.....	21
5.3- ALTERAÇÕES ORTOPÉDICAS	22
5.4- ALTERAÇÕES DAS FUNÇÕES UROLÓGICAS E INTESTINAIS.....	22
5.5- NÍVEL FUNCIONAL.....	23
6 - AUTONOMIA PESSOAL/INTEGRAÇÃO SOCIAL DA CRIANÇA COM ESPINHA BÍFIDA	24
7 - A CRIANÇA COM ESPINHA BÍFIDA E A ESCOLA.....	26
7.1- ENVOLVIMENTO PARENTAL.....	27
B - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS UTILIZADOS.....	29

CAPITULO II - CARATERIZAÇÃO DA REALIDADE

PEDAGÓGICA.....	31
1 - CARATERIZAÇÃO DO MEIO.....	32
2 - CARATERIZAÇÃO DA ESCOLA.....	34
3- CARATERIZAÇÃO DA TURMA.....	36
4-CARATERIZAÇÃO DO ALUNO	38
4.1-CENTRO DE ACOMPANHAMENTO TEMPORÁRIO DE CAMPO LINDO	39

CAPITULO III - DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES

EDUCATIVAS ESPECIAIS.....	41
1 - CHEKLISTS.....	42
2- PERFIL INTRA-INDIVIDUAL DO ALUNO	76
2.1 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE K. POR ÁREA DE DESENVOLVIMENTO	76
2.2 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE K. POR CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO.....	79

CAPITULO IV - REFLEXÕES ACERCA DA INCLUSÃO SÓCIO

ESCOLAR DESTA CRIANÇA.....	80
REFLEXÃO/CONCLUSÃO	84
BIBLIOGRAFIA	86
NETGRAFIA	82
ANEXOS.....	88

INDÍCE DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURAS

Fig 1 – Formação do tubo neural	12
Fig 2 – Coluna vertebral normal	13
Fig 3 – Coluna vertebral com deformidade	13
Fig 4 – Diferentes tipos de Espinha Bífida	16
Fig 5 - Espinha Bífida Oculta, Meningocele, Mielomeningocele	17
Fig 6 - Recém-nascido com mielomeningocele lombar	18
Fig 7 – Mielomeningocele e Meningocele	18
Fig 8 - Intervenção cirúrgica dentro do útero materno num feto de 21 semanas de gestação	19
Fig 9 - Criança com hidrocefalia	21
Fig 10 – Freguesias do Município do Porto	32
Fig 11 - Escola E.B.1 do Covelo	35

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Motricidade Ampla	44
Gráfico 2 – Motricidade Fina	46
Gráfico 3 – Linguagem Expressiva	48
Gráfico 4 – Linguagem Compreensiva	49
Gráfico 5 – Autonomia – Higiene	51
Gráfico 6 – Autonomia – Vestuário	52

Gráfico 7 – Autonomia – Alimentação	54
Gráfico 8 – Autonomia – Socialização	56
Gráfico 9 – Cognição – Esquema Corporal	57
Gráfico 10 – Cognição – Lateralidade	59
Gráfico 11 – Cognição – Noção Temporal	60
Gráfico 12 – Cognição – Noção Espacial	62
Gráfico 13 – Cognição – Percepção Visual	64
Gráfico 14 – Cognição – Percepção Auditiva	65
Gráfico 15 – Cognição – Percepção Tátilo-Quinestésica	67
Gráfico 16 – Cognição – Percepção Gustativa	68
Gráfico 17 – Cognição – Percepção Olfativa	69
Gráfico 18 – Académica – Língua Portuguesa	71
Gráfico 19 – Académica – Matemática	73
Gráfico 20 – Académica – Estudo do Meio	75
Gráfico 21 – Motricidade	76
Gráfico 22 – Linguagem	77
Gráfico 23 – Autonomia	77
Gráfico 24 – Cognição	78
Gráfico 25 – Académicas	78

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da pós graduação em Educação Especial, onde foi elaborado um Estudo de Caso de uma criança com Espinha Bífida – mielomeningocele, natural da Guiné-Bissau. Esta criança será denominada de K.

A Espinha Bífida é uma das deficiências mais frequentes do sistema nervoso central, sendo o mielomeningocele a manifestação mais grave desta doença. As crianças com esta afeição têm de aprender a viver com um conjunto de alterações de carácter físico/motor, sensorial, cognitivo, emocional/afetivo e sociais associadas a esta patologia: alterações neurológicas, com graus de paralisia variável, deformações ortopédicas, incontinência intestinal e vesical, perda de sensibilidade, problemas psicológicos e dificuldades de adaptação social são algumas limitações que condicionam a adaptação social e escolar das crianças com Espinha Bífida – mielomeningocele.

Cabe à escola, minimizar os inconvenientes associados à problemática apresentada por K. e promover a inclusão escolar e social desta criança.

O papel da comunidade, promovendo o respeito pela diferença, é também ele, basilar, para a inclusão das crianças com necessidades educativas especiais e em particular, de K., uma vez que, para além da sua problemática, este, está ainda, num processo de adaptação a uma realidade social bastante distinta do país de onde é natural - Guiné - Bissau.

Para concretizar os objetivos que nos propusemos alcançar, estruturaremos o trabalho da seguinte forma:

No primeiro capítulo, debruçaremos-nos no enquadramento teórico da deficiência apresentada pela criança alvo deste estudo. Será feita uma sucinta caracterização da problemática específica desta criança, e com base na leitura da bibliografia pesquisada e na informação recolhida através da internet, tentaremos caracterizar de uma forma abrangente a patologia particular deste caso. Neste capítulo será ainda referido a metodologias utilizadas neste trabalho de investigação.

No segundo capítulo, caracterizaremos a realidade pedagógica de K. e faremos referência aos contextos familiares, escolares e sociais passados, e no momento em que este trabalho está a ser construído.

A determinação das necessidades educativas especiais será analisada no capítulo III, onde estará incluído: a avaliação do aluno observado nas diversas áreas de

desenvolvimento, o seu perfil intra individual e a definição das suas necessidades educativas.

No capítulo IV, serão apresentadas reflexões acerca da inclusão social e escolar das crianças com necessidades educativas especiais, com especial relevo à situação particular de K., numa nova fase da sua vida.

Este trabalho terminará com a apresentação da bibliografia consultada e com os anexos, onde se poderá examinar a documentação que foi utilizada para a estruturação do mesmo.

CAPITULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A - PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA DO ALUNO

O aluno em estudo, é portador de Espinha Bífida, com a presença de mielomeningocelo. A espinha bífida é uma má formação congénita do tubo neural, que ocorre nos primeiros dois meses de gravidez . Esta doença pode apresentar diferentes formas, entre as quais, o mielomeningocelo, que é a manifestação mais grave desta doença traduzindo-se em protrusão de um saco com raízes nervosas e meninges.

A criança deste estudo de caso, como consequencia do mielomeningocelo, apresenta paraplegia dos membros inferiores, deformidade equinovara de ambos os pés e insensibilidade nos membros inferiores, impossibilitando colocar-se numa posição vertical. Outro aspeto importante na patologia presente nesta criança é não apresentar controlo esfinteriana, tanto vesical como intestinal, acentuado, desta forma, a gravidade deste quadro.

1 - DEFINIÇÃO

A espinha bífida, etimologicamente, significa espinha dividida. É uma deficiência motora, provocada por uma malformação congênita do sistema nervoso central (SNC), provocada pelo fechamento incompleto do tubo neural, que é a estrutura do embrião que será responsável pela formação do (SNC). Durante o desenvolvimento embrionário, o precursor que dá origem ao SNC passa por diversos estágios: inicialmente é apenas uma placa que se vai diferenciando e adquirindo a forma de sulco, depois goteira neural e, por fim, fecha completamente dando origem ao tubo neural. A extremidade superior do tubo neural desenvolve-se no encéfalo e a extremidade inferior na medula espinal. Pountney & McCarthy,(2000) *in* Stockes, (2000)

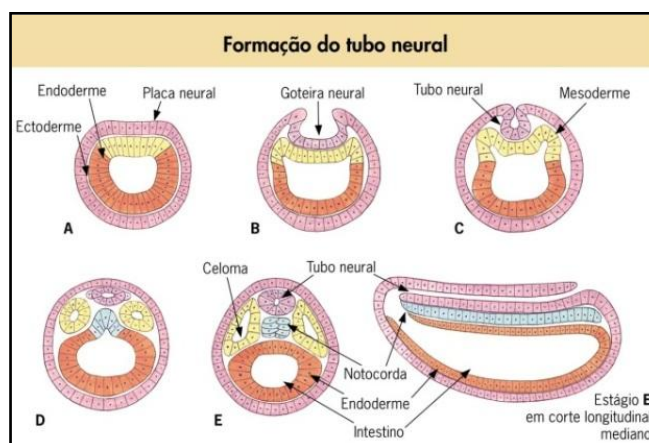


Fig 1 – Formação do tubo neural

É um dos primeiros eventos da embriogenese humana ocorrendo nas três primeiras semanas de gestação. No embrião normal o fecho do tubo dá-se totalmente por volta do 26º a 28º dia de gestação. A malformação, quando se dá a formação do tubo neural, ocorrerá antes do 26º ou 28º dia de vida. McCarthy, *in* Stockes, (2000) identifica o grupo de anormalidades de desenvolvimento no qual o tubo neural não se funde em algum ponto do seu comprimento, desde a medula espinal até ao encéfalo de defeitos de tubo neural (DTN).

O defeito embrionário no encerramento do tubo neural pode estar limitado apenas ao mesênquima que fabrica o arco posterior da vértebra, podendo provocar um breve defeito na fusão óssea do arco posterior de L5, ou pode atingir também a ectoderme que fabrica o revestimento cutâneo, podendo dar origem ao mielomeningocele.

Nielsen (1999), define esta patologia como uma “deficiência na zona óssea da coluna vertebral, a qual durante os dois primeiros meses de gravidez se desenvolveu de forma a constituir um só elemento”.

Hallahan & Kauffman, (2003); Heward, (2000), *cit. in* Martins, (2008). Considera a espinha bifida como uma “malformação congénita da coluna vertebral durante o desenvolvimento fetal, resultante do encerramento anormal do tubo neural.” In <http://www.cercigui.pt/nee/pagina.htm>

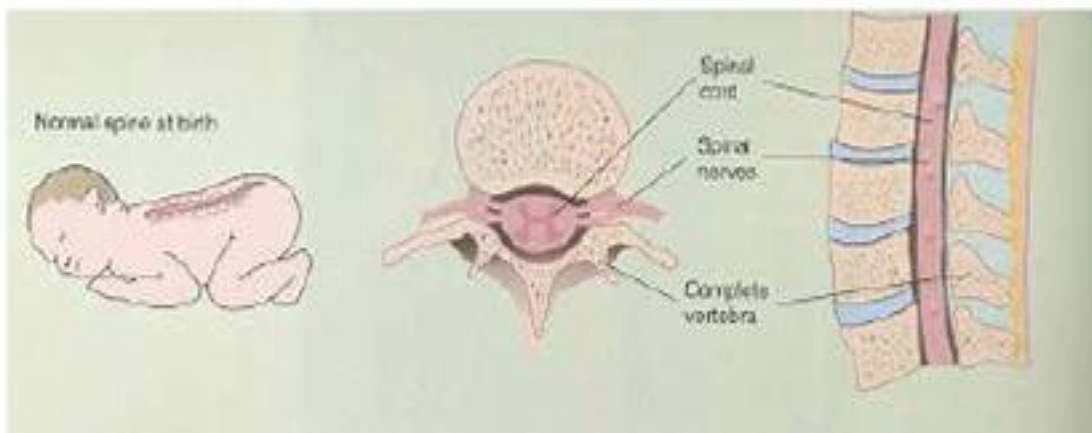


Fig 2 – Coluna vertebral normal

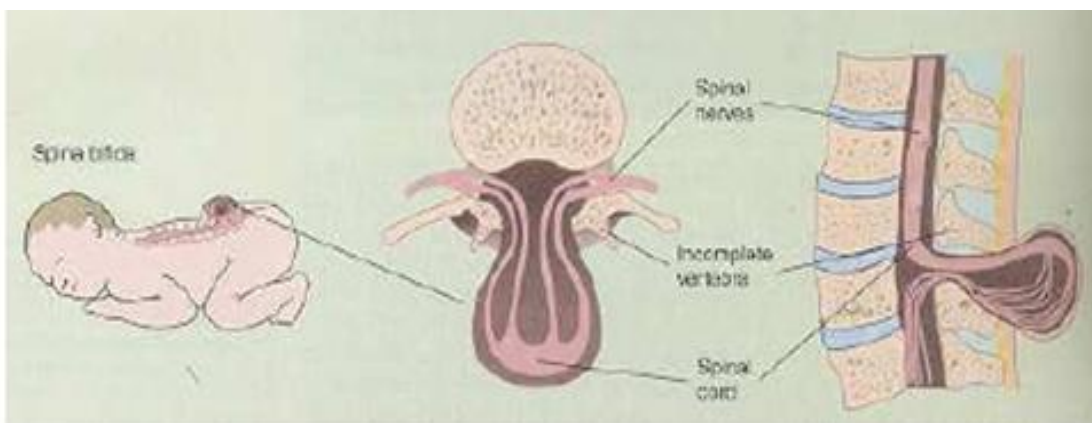


Fig 3 - Coluna vertebral com deformidade

2 - ETIOLOGIA

A espinha bifida é a deficiência do tubo neural (DTN) mais comum, com uma incidência nos Estados Unidos de 1 em cada 1000 nascidos vivos e na Europa de 1,5 a 3 por 1000 nascimentos.

Atualmente, ainda não se conhecem ao certo as causas da espinha bífida no entanto, estudos que analisam as possíveis causas desta deficiência têm relacionado fatores genéticos, ambientais e dietéticos como determinantes da sua ocorrência.

Existe uma maior incidência desta deficiência em casos de classes sócio-econômicas desfavorecidas (baixos níveis séricos de diversas vitaminas), hipertemia e gripe materna, e ainda o aparecimento de outros casos de deficiência na família. Segundo Cuberos et al (1997) “ a incidência de esta mal formação varia segundo o tempo, local, grupos étnicos, sexo, classe social e idade da mãe, oscilando entre um e quatro mil nascidos vivos. Estudos feitos em gémeos mostram que a incidência é muito maior em gémeos monozigóticos, vinte por cento, que nos heterozigóticos, seis por cento. O risco de ter um segundo filho com espinha bífida é de três a cinco por cento, e havendo já dois filhos afetados a possibilidade de um terceiro aumenta para cinquenta por cento”.

O déficit de ácido fólico também pode estar na origem desta problemática, uma vez que ele é importante na divisão das células e no crescimento. Por isso, a ingestão de ácido fólico, a partir do momento que a mulher pensa em engravidar e durante os primeiros meses de gravidez, reduz a probabilidade de defeito do tubo neural. A ingestão de ácido fólico reduz também a incidência de anomalias e outros defeitos do feto, bem como a diminuição do risco de doenças cardiovasculares e as trombozes venosas.

Um bebé saudável passa por uma gravidez saudável e esta por uma alimentação equilibrada. O ácido fólico é uma das vitaminas mais benéficas e importantes para o nosso corpo, especialmente durante a etapa da gestação, daí que seja imprescindível, na dieta diária de toda a grávida.

O folato é a forma natural do ácido fólico e encontra-se em alguns alimentos. A principal diferença entre o ácido fólico e o folato é que o primeiro é absorvido com mais facilidade pelo organismo que o segundo. Embora não se saiba ao certo como é que o ácido fólico previne os defeitos do tubo neural (DTN), comprovou-se que as mulheres que tomam a dose recomendada reduzem o risco de defeitos de nascimento em cerca de 70%. As quantidades diárias recomendadas correspondem a 400 microgramas; entre os

alimentos com o teor mais alto podemos encontrar mais de 100 microgramas de ácido fólico por cada 100 gramas nos espinafre, salada de verduras, nozes, amêndoas, amendoins, melão, salsa e espargos. Entre 50 a 100 microgramas por cada 100 gramas: couve, brócolos, feijão manteiga, beterraba, ovos, morangos e abacate.

Apesar de ricos em ácido fólico, as mulheres grávidas são aconselhadas a não comer aves, borrego e fígado de vitela, porque estes alimentos são demasiado ricos em vitamina A. In www.todopapas.com.pt

O ácido fólico pode também ser ingerido sob a forma de cápsulas, contudo, sempre sob orientação médica.

Depois de diagnosticada a espinha bífida devem existir cuidados redobrados durante o parto. Após o nascimento, o médico observará a abertura da coluna para o exterior e a exposição do tecido nervoso que não está coberto com a pele. O encerramento da lesão através de cirurgia é dos primeiros passos do tratamento.

3 - TIPOS DE ESPINHA BÍFIDA

A espinha bífida é um defeito de fechamento ósseo posterior da coluna vertebral. O defeito pode ser recoberto por pele essencialmente normal - **espinha bífida oculta**, ou associar-se com uma protrusão cística, podendo conter meninges anormais e líquido cefalorraquidiano – **meningocele**; ou elementos da medula espinhal e/ou nervos – **mielomeningocele**.

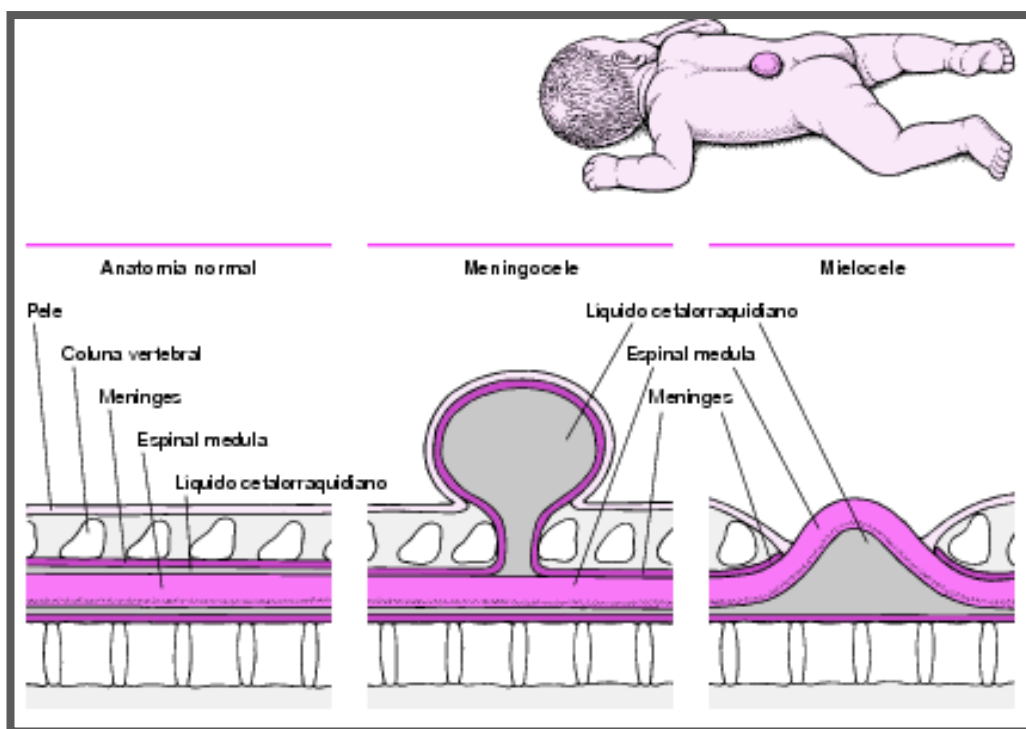


Fig 4 - Diferentes tipos de Espinha Bífida

Segundo Cuberos, Motta et Ruiz (1997) existem várias formas e graus de Espinha Bífida:

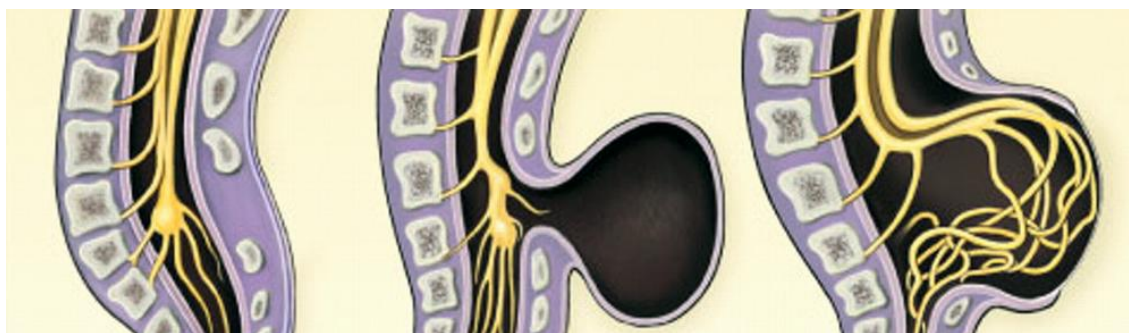


Fig 5 - Espinha Bífida Oculta Meningocele Mielomeningocele

- ❖ **Espinha Bífida Oculta** – Frequente em 20% da população, a nível de L5 S1 sem problemas neurológicos. Pode não causar qualquer sintomatologia e caracteriza-se por apenas envolver a coluna vertebral, sendo que não há envolvimento da medula e das meninges. É o tipo menos grave e o mais comum. Na espinha bífida oculta uma ou mais vértebras não se formam normalmente, mas a espinhal-medula e as camadas de tecido (meninges) que a rodeiam não emergem. No local podem observar-se uma madeixa de pelos, uma cavidade ou uma área pigmentada. Constitui na maior parte dos casos um achado radiológico ocasional. Poderá estar associado a anomalias anatómicas que causam perturbações neurológicas, com a alteração de esfíncteres e deformidade dos pés.
- ❖ **Meningocele** – Consiste num defeito de uma ou mais vértebras em que se produz um quisto, cuja parede é formada pelas meninges cobertas de pele. Não possui elementos nervosos, apenas membranas e nervos não funcionais, por isso as alterações neurológicas são frequentemente discretas ou inexistentes. A deformação óssea usualmente não afeta mais de um arco posterior. Embora a localização mais frequente seja a região lombo sagrada, pode surgir nas regiões cervical e lombar.
- ❖ **Lipomeningocele** – semelhante ao meningocele, “com a diferença que o saco ou quisto está cheio de um tecido lipomatoso que, através de um orifício da raiz, penetra no conduto medular fazendo compressão” podendo provocar sequelas do tipo neurológico.

- ❖ **Mielomeningocele** – compreende os casos em que a ausência total ou parcial do arco posterior de várias vertebrae possibilita a extravasão não só do saco meníngeo, mas também da medula e/ou raízes nervosas. Surgem como uma estrutura semelhante a uma saliência na coluna na altura do nascimento. O saco é constituído por uma membrana translúcida contendo líquido encéfalo raquidiano e elementos nervosos, sendo constantes as alterações neurológicas. Como nos casos anteriores, a localização mais frequente é a região lombo sagrada. Podemos distinguir duas formas de mielomeningocele:
 - aberta ou ulcerada quando a medula se encontra desprotegida por rompimento da membrana havendo extravasamento do líquido.
 - Fechada, a medula está coberta pela pele.

- ❖ **Raquisquisse** – a fusão dos arcos neurais são quase inexistentes com exposição do tecido nervoso.

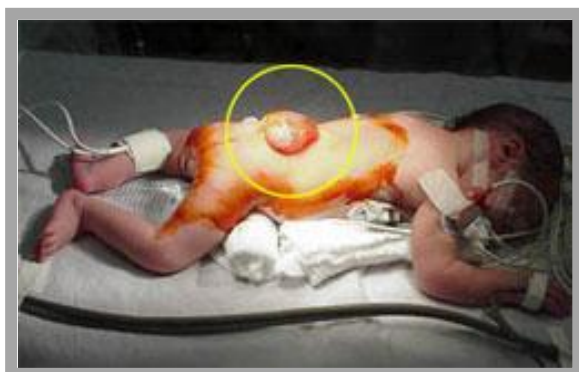


Fig 6 - Recém-nascido com mielomeningocele lombar

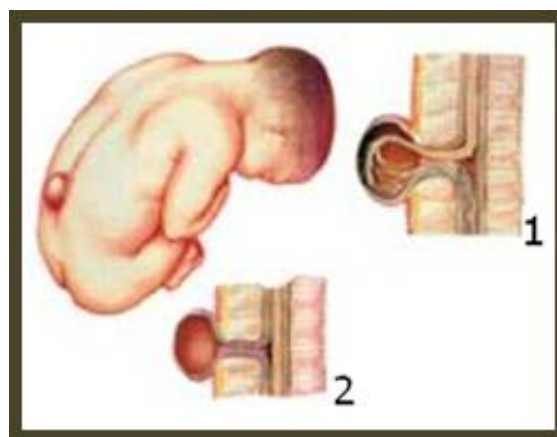


Fig 7 – Mielomeningocele (1) e Meningocele (2)

4 - TRATAMENTO CLÍNICO DA ESPINHA BÍFIDA

Relativamente ao tratamento da Espinha Bífida, Martins (2008) <http://www.cercigui.pt/nee/pagina.htm> afirma o seguinte:

“ O tratamento desta afeção implica, geralmente, o recurso à cirurgia, para se fazer o encerramento da abertura, preservando a função da espinal medula e reduzindo o risco de infeção ”. Esta cirurgia realiza-se, geralmente, nos primeiros dias de vida, pois quanto mais precoce maior é a probabilidade de preservar a função da medula. Frequentemente serão necessárias cirurgias adicionais e grandes cuidados médicos ao longo de toda a vida. Nos casos mais severos de espinha bífida, o bebé é operado 24 horas após o nascimento. Também poderá ser operado durante a gravidez, através de uma intervenção cirúrgica efetuada dentro do útero materno, havendo assim possibilidade de corrigir esta anomalia e permitir o crescimento normal do bebé.



Fig 8 - Intervenção cirúrgica dentro do útero materno num feto de 21 semanas de gestação.

Para além destas intervenções, as crianças com esta afeção têm de ser educadas, de modo a aprenderem a viver com as suas limitações, aprendendo a utilizar a cadeira de rodas ou muletas, para melhorar a sua mobilidade. Há, também, caso seja necessário, que intervir sobre o controlo dos esfíncteres, para que elas se tornem mais independentes.

5 - MALFORMAÇÕES ASSOCIADAS À ESPINHA BÍFIDA

A espinha bífida pode comprometer as estruturas que formarão o dorso do embrião, o que poderá afetar não somente as vértebras, mas também provocar anomalias nervosas, meningeas, cutâneas e tumorais. Estão a ela associadas algumas alterações graves, dependendo estas do nível da lesão e patologias associadas: hidrocefalia, alterações neurológicas, alterações ortopédicas e alterações das funções urológicas e intestinais.

5.1- HIDROCEFALIA

A hidrocefalia, frequentemente associada à espinha bífida, é causada pela obstrução das vias normais de fluxo do líquido cérebro espinhal (LCE), no encéfalo. O líquido cérebro espinhal é produzido nos ventrículos e normalmente circula através do sistema ventricular e em torno da superfície do cérebro, onde é absorvido. O LCE também circula ao redor da medula espinal e do canal central. O líquido cérebro espinhal protege todo o sistema nervoso central (SNC) das agressões a que o sujeito possa estar exposto, no seu cotidiano existencial. Se a circulação do LCE ficar bloqueada, o líquido encéfalo raquidiano não pode ser absorvido e a pressão aumenta (Pountney&McCarthy, 2000). Esta obstrução denomina-se *malformação de Arnold – Chiarie* é desta forma designada pois em 1891, Chiari descreveu com maior detalhe esta patologia, aproveitando cadáveres para efetuar pesquisas.

Segundo pesquisas efetuadas, *a malformação de Arnold – Chiari* é congênita, hereditária de transmissão autossômica recessiva, complexa e rara.

Nesta malformação que envolve o cerebelo, o tronco encefálico e a medula espinal cervical, o volume do crânio cresce progressivamente, atingindo uma desproporção craniofacial com fontanelas abauladas e entreabertas (tanto mais evidente quanto mais pequena é a criança), congestionamento das veias do pescoço, profusão ocular para a frente e para baixo devido à pressão da região frontal abaulada, sendo frequente o estrabismo divergente, nestes casos.



Fig 9 - Criança com hidrocefalia

Os sintomas variam com a idade. Quando é congênita, os sintomas podem aparecer bruscamente ou instalar-se de forma lenta. Os bebês apresentam um comportamento que incluiu a irritabilidade, sonolência, vômitos e incapacidade para realizar atos ou reflexos normais. Em crianças maiores, os primeiros sintomas são neurológicos: cefaleias, edema da pupila, estrabismo e perda da coordenação musculação.

5.2- ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

Se a hidrocefalia for tratada com eficiência desde o nascimento, os problemas neurológicos provavelmente serão reduzidos. No entanto, alguns deles são causados por anormalidades neurológicas estruturais que têm lugar durante o desenvolvimento encefálico. São de maior gravidade nos casos de meningocele exposto, e a sua extensão depende da zona medular lesionada. Assim, dependendo da localização da lesão pode ocasionar atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, que poderá ser notado através do deficit de controlo da cabeça e do tórax, principalmente nos casos associados à hidrocefalia, bem como na dificuldade encontrada pela criança no início dos processos de sentar e levantar-se.

5.3- ALTERAÇÕES ORTOPÉDICAS

Cuberos et al (1997) refere que as alterações ortopédicas afetam, fundamentalmente a anca, a espinha dorsal e os pés.

Ao nível da anca deparamo-nos com dois tipos de luxação: a alta (mais grave e de difícil tratamento) e a instável. Estas deformações devem-se ao desequilíbrio muscular proveniente da posição intrauterina.

As deformidades da espinha dorsal abrangem as lordoses, cifoses e escolioses, todas elas de origem congénita ou adquirida. Do ponto de vista funcional a lordose é a que apresenta repercussões menores, podendo provocar perturbações na marcha ou dores de coluna. A escoliose poderá provocar uma paralisia funcional com possível perda de autonomia. A cifose origina uma posição instável, mecânica respiratória alterada, incontinência urinária e comporta riscos de septicemia e meningite.

As deformidades dos pés são característicos das crianças com mielomeningocele. As deformações mais frequentes são: pé equino - a ponta do pé encontra-se virada para baixo, pé equinovaro – a ponta do pé encontra-se virada para baixo e para dentro, pé talo – pés em flexão.

5.4 - ALTERAÇÕES DAS FUNÇÕES UROLÓGICAS E INTESTINAIS

A função da bexiga urinária pode ser afetada pela lesão da coluna vertebral, dependendo do local anatómico onde ocorre o encerramento dos arcos vertebrais e a protusão do tecido nervoso. Os pacientes portadores de espinha bífida terão alterações urinárias associadas, devido a problemas de enervação. A obstipação a que estão sujeitos requer avaliação e tratamento especializado. Como refere Cuberos et al, para combater a obstipação e as suas consequências é necessário conseguir uma evacuação intestinal desde o período neonatal. É também importante estar ativo e seguir uma alimentação adequada. A grande maioria das crianças portadoras de espinha bífida apresenta, também, problemas de incontinência intestinal, devido ao tônus anormal do músculo esfíncter do ânus.

5.5 - NÍVEL FUNCIONAL

A medula espinhal é organizada em segmentos ao longo de sua extensão. Raízes nervosas de cada segmento deixam a medula para enervarem regiões específicas do corpo. Os segmentos da medula cervical (C1 a C8) controlam os movimentos da região cervical e dos membros superiores; os torácicos (T1 a T12) controlam a musculatura do tórax, abdómen e parte dos membros superiores; os lombares (L1 a L5) controlam os movimentos dos membros inferiores; e os segmentos sacrais (S1 a S5) controlam parte dos membros inferiores e o funcionamento da bexiga e intestino. Na espinha bífida, estando a medula e as raízes nervosas impropriamente formadas, os nervos envolvidos podem ser incapazes de controlar os músculos determinando paralisias. Define-se como paralisia alta a paralisia resultante de defeito medular começando ao nível dos segmentos torácicos ou lombares altos (L1-L2), paralisia média no segmento médio lombar (L3) e paralisia baixa nos segmentos lombares baixos (L4-L5) ou sacrais. **in <http://www.espinhabifida.com/>**

6 - AUTONOMIA PESSOAL/INTEGRAÇÃO SOCIAL DA CRIANÇA COM ESPINHA BÍFIDA

As crianças com espinha bífida, sentem dificuldade em se tornarem autônomas devido aos seus problemas de saúde. A autonomia pessoal é essencial para qualquer pessoa se sentir membro integrante e ativo de qualquer sociedade. A sua independência nas ações de higiene pessoal, vestir/despir, alimentação e deslocação, associado às numerosas hospitalizações, à super proteção familiar e às barreiras arquitetônicas tornam mais difícil a aquisição de autonomia, precisando exercitação e incentivo permanente para serem atingidas algumas competências básicas.

É fundamental uma estimulação adequada para poderem adquirir as experiências do meio ambiente e desenvolverem-se. Deixadas entregues a si próprias, tendem a reforçar os seus padrões anormais.

Para que a criança possa ser o mais autônoma possível é necessário estudar as técnicas mais adequadas e as adaptações necessárias, para cada caso, nas diversas atividades de vida diária, permitindo desta forma, maior mobilidade e melhor auto estima das pessoas com limitações motoras.

Os problemas psicológicos, são também eles, bastante limitadores. A falta de memória, as dificuldades de ordem espacial, os problemas de atenção/concentração dificultam a integração da criança ou do indivíduo na sociedade.

Cuberos et al. (1997) enumera alguns requisitos essenciais para que um programa de desenvolvimento da autonomia tenha sucesso:

- ✓ Iniciar o mais cedo possível;
- ✓ Evitar alterações no programa, tais como mudança de residência, hospitalizações, férias, etc.;
- ✓ Começar quando os pais se comprometem a cumpri-lo integralmente;
- ✓ Dar instruções concretas e sequencializadas para que a criança compreenda;
- ✓ Seguir uma dieta equilibrada para evitar a obesidade;
- ✓ É necessário que seja autônomo nas deslocações, devendo aprender a manejar e a controlar os aparelhos de marcha;
- ✓ É preciso ensiná-lo a vestir-se. Segundo o grau das suas incapacidades, serão utilizadas técnicas que facilitam essa tarefa (se a lesão for alta preferirão

permanecer deitados na cama ou no chão: os que conseguirem controlo a partir de uma zona acima das ancas poderão fazê-lo sentados);

- ✓ O vestuário deve ser selecionado (as camisolas e casacos com decote amplo, com fecho de correr à frente ou colchetes);
- ✓ Sapatos e meias bem apertados ao pé para evitar escaras e marcar a roupa na parte da frente e na de trás, na de cima e na de baixo.

7 - A CRIANÇA COM ESPINHA BÍFIDA E A ESCOLA

A escolarização da criança com espinha bífida deve ser encarada com naturalidade, valorizando as suas capacidades e não as suas incapacidades, no entanto, é fundamental ter presente as suas características particulares, para que sejam criadas as condições mais adequadas para atender convenientemente estes alunos.

Aquando da planificação, dever-se-á ter em conta as necessidades específicas da criança, no que diz respeito à sua adaptação no espaço e nas actividades escolares.

Para que a escola possa receber crianças com esta problemática, é necessário que a comunidade escolar seja responsabilizada: o professor deverá procurar formação específica, é necessário que se diminuam o número de crianças por turma, que se eliminem as barreiras arquitetónicas, se procure equipar a escola de diversos recursos materiais e humanos. Em função de cada caso específico, é necessário que: a escola esteja munida de rampas para a entrada na escola e nas salas, elevadores para se deslocarem de um piso para o outro, de equipamentos específicos, como cadeiras de rodas ou muletas, de material escolar adaptado, de espaços reservados e adequados para tratar da higiene pessoal, é necessário também, que se reorganize o pessoal auxiliar para acompanhar estes alunos nas suas necessidades básicas, nomeadamente, vestir/despir, na higiene pessoal, na alimentação e nas deslocações no espaço escolar. A escola também deverá empenhar-se para que estes alunos sejam acompanhados por profissionais de saúde, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros.

Depois de levantadas as necessidades físicas para a integração da criança com espinha bífida, é importante a elaboração de um programa de desenvolvimento individual. As frequentes ausências por motivos de saúde relacionados com os impedimentos de ordem físico/ motor, sensorial, cognitivo, emocional/ afetivo e social, características desta problemática, e os períodos destinados aos cuidados de higiene pessoal, afastam os alunos do espaço escolar e de sala de aula, prejudicando desta forma as aprendizagens e a sua adaptação na vida escolar. Com efeito, as actividades programadas deverão ter em conta o absentismo destas crianças, assim como o horário em que elas se realizam. *“Deve procurar-se sempre, na medida do possível, não privar a criança daquelas actividades escolares, especialmente gratificantes e que favoreçam a sua integração social”* Cuberos et al (1997).

Pretende-se que estes alunos se sintam estimulados, aumentando assim o seu sucesso escolar. Devem ser evidenciados os seus potenciais dando-lhe oportunidade para

mostrar as suas capacidades, devendo ser elogiados para que se sintam motivados, elevando a sua auto estima e autoconfiança.

A imobilidade a que estão muitas vezes sujeitas impede-as de partilhar experiências, de vivenciar acontecimentos, de conhecer e explorar o meio que as rodeia e atuar sobre ele. Deste modo, estarão afastados do contato com a realidade onde estão inseridos, não adquirindo conhecimentos, conceitos e costumes fundamentais para a sua integração em toda a comunidade escolar e social.

A estes alunos, a escola deverá atribuir apoio suplementar para fazer face aos obstáculos retratadas anteriormente, minimizando as perdas académicas e melhorando o ritmo de trabalho dos mesmos. A integração de alunos com estas características no sistema de ensino implica, entre outras coisas, a necessidade de formar e qualificar professores para darem respostas capazes às características e necessidades destes.

No caso específico da patologia que aqui apresentamos, os indivíduos necessitam também, como foi referido anteriormente, caso se justifique, dos serviços prestados por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e da linguagem.

Estes apoios técnicos são importantes e não devem ser excluídos, pois vão potenciar uma melhor qualidade de vida escolar para estes alunos, e assegurarão a participação dos mesmos em toda a dinâmica da turma e possivelmente da escola.

Todas estas medidas são essenciais para diminuir as dificuldades de integração, proporcionar melhores oportunidades e promover a inclusão escolar e social, tendo sempre em vista, a autonomia e a preparação para a vida ativa das crianças com espinha bífida.

7.1- ENVOLVIMENTO PARENTAL

Para Nielsen (1999), os pais das crianças com Necessidades Educativas Especiais (N.E.E.), devem estar envolvidos no processo de inclusão, para que estas tenham uma experiência educativa compensadora.

Em Portugal, o envolvimento dos pais ainda parece andar pela necessidade de se consciencializar, quer os profissionais quer os pais, da importância da participação destes na educação da criança com N.E.E.

É evidente que a educação da criança não deve ser exclusiva dos professores e dos outros profissionais da instituição educativa frequentada por estas crianças.

Como refere Correia (1997), os estudos apontam que os pais são elementos cruciais na planificação, execução e avaliação dos programas de intervenção, uma vez que, salvo raras exceções, são eles que passam mais tempo com a criança, e como será lógico, poderão por em prática algumas intervenções educativas propostas para os seus filhos. Com esta participação, é necessário que os pais tenham oportunidade de adquirir formação específica para poderem contribuir, com qualidade, nesta nova ação.

O trabalho com as famílias obriga os profissionais a ter um conhecimento profundo das características familiares das crianças com N.E.E., mas também exige um conjunto de aptidões importantes dos profissionais, entre as quais, no que respeita à comunicação. Esta está sempre presente e é extremamente importante na relação com todos os intervenientes no processo educativo da criança com N.E.E. A clareza e objetividade na partilha de informações, contribuirá para uma intervenção mais eficaz.

Os professores devem encorajar e apoiar os pais, quando os filhos iniciam uma nova experiência ou alcançam um novo objetivo, devem pois, valorizar cada evolução, saborear cada progresso, conscientes de cada pormenor faz a diferença.

O sucesso escolar do aluno com Necessidades Educativas Especiais, depende em parte do ciclo emocional e social em que está inserido e do apoio e aceitação que recebe dos seus colegas, professores e pais.

B - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS UTILIZADOS

Após a deteção do problema e reflexões diversas sobre qual o método de investigação que melhor se ajustaria à situação e ao desenvolvimento do estudo, entendemos que o “Estudo de Caso” foi o mais adequado e o que mais eficazmente contribuiu para a concretização deste estudo.

Outros aspetos a considerar estiveram relacionadas com as técnicas a utilizar no estudo:

- Entrevistas a pai, encarregado de educação, professor e profissionais de saúde basearam-se em conversas informais e foram fundamentais para conhecer a história de vida desta criança.

- Observação naturalista - o facto de esta decorrer em situação natural, evitando a organização formal, para não vir a ocasionar um ambiente artificial dentro do grupo de trabalho o que prejudicaria o desenrolar da investigação e as próprias atividades letivas, ajudaram a definir um perfil de aluno.

- Análise de documentos – a análise de documentos clínicos ajudou a perceber melhor as limitações associadas à doença deste indivíduo, assim como, os comportamentos que devem ser seguidos para melhorar a qualidade de vida deste. Os documentos pedagógicos permitiram ter uma constatação mais pormenorizada do seu desempenho escolar.

- Checklists – a partir do contato com a criança, com as pessoas que dela estão mais próximas e da análise de relatórios médicos e escolares, foi possível elencar um conjunto de competências, por áreas de desenvolvimento, que servirão de base à elaboração de um plano de intervenção com as medidas adequadas a este caso.

As cheklists elaboradas abrangem as seguintes áreas e subáreas:

❖ **Motricidade**

- ✓ Motricidade global
- ✓ Motricidade fina

❖ Linguagem

- ✓ Linguagem Expressiva
- ✓ Linguagem Compreensiva

❖ Autonomia

- ✓ Alimentação
- ✓ Vestuário
- ✓ Higiene
- ✓ Socialização

❖ Cognição

- ✓ Esquema corporal/lateralidade
- ✓ Orientação Espacial
- ✓ Orientação Temporal
- ✓ Percepção Auditiva/Memória Auditiva
- ✓ Percepção Visual/Memória Visual
- ✓ Percepção tátil-Quinestésica
- ✓ Percepção gustativa/olfativa
- ✓ Atenção/Concentração

❖ Académicas

- ✓ Língua Portuguesa
- ✓ Matemática
- ✓ Estudo do Meio

CAPITULO II

**CARATERIZAÇÃO DA REALIDADE
PEDAGÓGICA**

1 - CARATERIZAÇÃO DO MEIO

A escola E. B. 1 do Covelo é uma das três escolas do primeiro ciclo que fazem parte do agrupamento de escolas Eugénio de Andrade localizado na freguesia de Paranhos, na cidade do Porto.

Administrativamente, o Porto tem sede na sua Câmara Municipal e é dividido em quinze Juntas de Freguesia.

A freguesia de Paranhos situa-se na zona oriental da cidade do Porto e é, em termo de número de habitantes, a maior do Norte e a segunda maior do País. Confronta-se, a norte, com São Mamede de Infesta, Águas Santas e Pedrouços; a nordeste, com Rio Tinto; a leste, com Campanhã; a sul, com o Bonfim e a sudoeste, com Cedofeita.

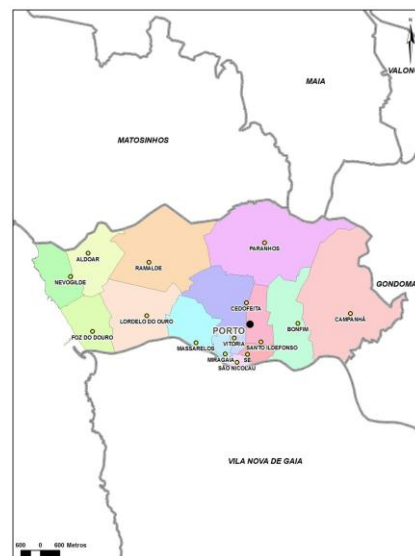


Fig 10 – Freguesias do Município do Porto

1.1- POPULAÇÃO

No nosso século a população aumentou exponencialmente e Paranhos tornou-se, em termos demográficos, uma das maiores freguesias do país e a maior da cidade do Porto. O seu crescimento, nas últimas décadas, ficou a dever-se, sobretudo, à construção de vários bairros sociais, nomeadamente os Bairros do Outeiro, do Amial, do Bom Pastor, Carriçal, de Paranhos, do Regado, da Azenha, de S. Tomé. Outro fator deste crescimento foi a construção do pólo universitário, atualmente em grande expansão, e que mudou radicalmente a face urbana desta freguesia. A população residente é de cerca de 45 000 habitantes, de acordo com os Censos de 2011, resultados divulgados pela direção geral das autarquias locais.

1.2- VIAS DE COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE

Tratando-se de uma freguesia limítrofe da cidade do Porto, está servida por várias vias de comunicação e por variadíssimos meios de transporte com destinos diversos, como Viana do Castelo e Braga, entre outros. Apesar de ter sido “recortada” com a construção da VCI, tornou-se um lugar obrigatório de passagem para muitos desses e doutros destinos.

A rede de transportes que serve a freguesia de Paranhos ficou, este ano, completa com a implementação da linha amarela do Metro do Porto – linha D, que estabelece a ligação entre Vila Nova de Gaia e o Hospital de S. João. Podem ainda ser utilizados os autocarros dos STCP, bem como de algumas empresas que fazem o transporte de e para fora da cidade do Porto.

1.3- EDUCAÇÃO

Para além de vários estabelecimentos de ensino públicos e privados de primeiro, segundo, terceiro ciclo e secundário a freguesia de Paranhos tem também recebido um grande número de instituições do ensino superior como as Faculdades de Medicina, Medicina Dentária, Economia, Desporto, Engenharia e Psicologia e Ciências da Educação, o Instituto de Patologia e Imunologia, a Universidade Católica (Escola de Biotecnologia), a Universidade Portucalense e o Instituto Politécnico do Porto (Instituto Superior de Engenharia e Escola Superior de Educação).

1.4- SAÚDE

É na freguesia de Paranhos que está instalado um dos maiores hospitais do país – o Hospital de S. João. É também aqui que se encontra a delegação norte do Instituto Português de Oncologia. A freguesia dispõe, ainda, de um centro de saúde – o de Vale Formoso, complementado pela extensão das Barrocas, esta última, agora transferida para um novo e moderno edifício em frente à Quinta do Covelo.

2 - CARATERIZAÇÃO DA ESCOLA

A escola E. B. 1 do Covelo é uma escola com um edifício tipo centenário urbano, vedada por grades, de dois pisos ligados por uma escadaria. Tem 10 salas de aula, com mobiliária em bom estado. Oito salas estão destinadas às turmas do primeiro ciclo do ensino básico existindo um computador em cada sala com internet. Três destas salas estão equipadas com quadro interativo. Nas duas salas restantes, funcionam o pré-escolar e as sessões de apoio educativo. Esta escola ainda tem uma biblioteca e um ginásio com espaços próprios. Esta escola ainda possui casas de banho para os dois sexos em ambos os pisos e uma casa de banho com chuveiro, marquesa e outros equipamentos para assistir crianças com necessidades educativas especiais ou prestar os primeiros socorros em caso de acidente. Tem cantina onde são servidas diariamente as refeições aos alunos. A área de recreio é um espaço amplo, tem um piso asfaltado mas bastante irregular, tornando-se perigoso para alunos desta faixa etária. Tem zonas destinadas à prática de futebol e basquetebol e um espaço coberto onde os alunos se concentram quando as condições atmosféricas são adversas. De referir que esta escola tem rampas de acesso para os alunos que se deslocam em cadeiras de rodas, permitindo aceder ao primeiro piso e ao recreio através do espaço exterior. Não possui elevadores nem rampas no interior do edifício, dificultando a mobilidade dos alunos com cadeiras de rodas quando as condições atmosféricas são adversas.

Esta escola tem aproximadamente cento e noventa alunos distribuídos por duas turmas de cada ano de escolaridade e pelo pré escolar.

Neste estabelecimento de ensino estão colocadas oito professores do 1º Ciclo, uma educadora, duas professoras da educação especial e um professor de apoio educativo. Para além destes docentes, exercem também funções docentes nesta escola oito professores das diversas disciplinas de enriquecimento curricular. Esta escola tem porteiro e cinco assistentes operacionais.

O horário de funcionamento do estabelecimento de ensino é de regime normal, sendo o período da manhã das 9.00h às 12.00h e da tarde das 13.30h às 15.30h. Após o término das aulas os alunos têm oportunidade de frequentar as atividades de enriquecimento curricular, nomeadamente, Expressão e Educação Musical, Educação Físico-Motora, Inglês, “Pequenos Matemáticos” e Apoio ao estudo, até às 17.30h.



Fig 11 - Escola E.B.1 do Covelo

2.1- OS ALUNOS

O nível sócio-económico das crianças da Escola do Covelo é médio, havendo alguns casos isolados de pobreza que, mesmo sendo raros, não deixam de ser preocupantes.

A larga maioria tem um verdadeiro ambiente familiar, outros, no entanto, descendem de famílias com graves problemas sociais. Algumas dessas crianças vivem afastadas do seu meio familiar, em instituições de cariz social existentes nas proximidades, nomeadamente, na Instituição António Cândido e no Centro de Campo Lindo.

3- CARATERIZAÇÃO DA TURMA

3.1- CONTEXTO ESCOLAR

A turma de K é, atualmente, constituída por dezassete alunos. No geral, é uma turma assídua e pontual, com exceção de um aluno. Trata-se de uma turma sem casos de mau comportamento ou indisciplina. Contudo, há nesta turma bastantes alunos com pouco poder de concentração, imaturos e conversadores, prejudicando desta forma o normal funcionamento das aulas. No que diz respeito ao aproveitamento, tendo em conta o desempenho escolar diário dos alunos e as fichas de avaliação por eles realizadas, podemos afirmar que, na globalidade, se trata de uma turma que apresenta bons resultados.

Devido à falta de documentação para a regularização da matrícula, K. só integrou a turma no dia três de novembro de dois mil e onze.

K, tem evidenciado algumas dificuldades em acompanhar o ritmo de trabalho e de aprendizagem dos restantes colegas, por isso, realiza atividades diferenciadas. O facto de ter integrado a turma dois meses após o início das aulas, prejudicou a sua integração e impossibilitou a aquisição de competências básicas essenciais para aprendizagens futuras. O aluno, também falta à escola com regularidade para consultas hospitalares e, diariamente, abandona a atividade letiva para tratar da sua higiene pessoal. Estas situações dificultam a sua integração na vida escolar e a aquisição de novas competências académicas.

K tem acompanhamento de um elemento da educação especial quatro horas semanais. A turma possui um bom relacionamento com o professor, e restante comunidade escolar.

3.2- CONTEXTOS PESSOAIS SÓCIO-EDUCATIVOS

A maioria dos alunos vive no seio de uma família nuclear. Tem um dos progenitores como encarregado de educação que os ajuda na realização dos trabalhos de casa, prestando-lhe o acompanhamento necessário. Há, no entanto, um pequeno número de alunos que vive somente com a mãe. A larga maioria frequenta os Centros de estudo

existentes nas proximidades e têm outras atividades para além das atividades escolares, como por exemplo, ballet, natação, aulas de piano, karaté, entre outras.

K. vive no Centro de Acolhimento Temporário (C.A.T.) de Campo Lindo e tem visitas regulares do seu pai que, presentemente, se encontra em Portugal.

K. foi muito bem aceite pela comunidade onde está inserido. Nos primeiros dias de escola mostrou ser uma criança muito introvertida e tímida, mas, gradualmente, tornou-se uma criança afável, divertida e comunicativa.

4 - CARATERIZAÇÃO DO ALUNO

Este aluno é natural da República da Guiné Bissau, onde vivia com o pai numa cubata, numa aldeia isolada, em condições de sobrevivência muito problemáticas. De acordo com a informação obtida através do pai de K., as condições de vida na Guiné - Bissau são extremamente precárias e o serviço de assistência médica é ineficaz ou inexistente. Durante a gravidez a mãe de K. não teve acompanhamento médico e o parto decorreu no domicílio. Os pais desta criança tiveram conhecimento da deficiência do seu filho na altura do seu nascimento, e passado alguns meses obtiveram uma explicação médica da problemática do seu filho.

O acompanhamento médico foi praticamente inexistente: apenas recebia, em períodos espaçados de tempo, a visita de equipas itinerantes de saúde, de organizações não governamentais (ONG), para procederem à vacinação e se inteirarem da situação de saúde de K. e de outras crianças da aldeia onde K. e os pais viviam.

Segundo os dados de identificação da ficha de aluno, K. nasceu, no dia cinco de maio de dois mil e quatro. Estes dados de identificação, apresentados pelos serviços administrativos do agrupamento de escolas que frequenta, são discordantes e inconsistentes. É possível verificar, num atestado médico, proveniente do estado da Guiné, datado de vinte e quatro de junho de dois mil e dez, que este aluno, nesta data, tinha dez anos de idade.

O pai de K. tem atualmente, cinquenta e sete anos e a mãe, se viva, teria quarenta. Quando a mãe de K. faleceu, este, tinha quatro anos de idade, tendo passado a viver unicamente com o pai, o qual o transportava ao ombro sempre que necessário. Quando não acompanhava o pai, K. ficava ao cuidado de uma vizinha.

Esta criança, no seu país de origem, nunca frequentou nenhum estabelecimento de ensino. Através de informações colhidas junto da educadora social do C.A.T de Campo Lindo, os seus conhecimentos escolares, aquando da sua chegada a Portugal, eram praticamente nulos.

Segundo dados obtidos através do pai e da própria criança, K. brincava com as outras crianças da aldeia onde vivia jogando à bola, com as funções de guarda-redes, cuidando dos animais e, em outras situações lúdicas, criadas por elas, utilizando recursos materiais múltiplos que a natureza lhes oferecia.

Esta criança percebe perfeitamente que é um menino diferente das outras crianças e que a sua condição físico-motora impossibilita a sua participação em determinadas experiências.

Segundo o pai de K. (atualmente em Portugal a receber tratamento médico), através do qual obtivemos os dados de carácter sócio-familiar e clínico, este tem cinco irmãos, dois deles de outras relações amorosas. K. é o mais velho destes irmãos. Estes dados não são coincidentes com os descritos no relatório clínico de dezanove de maio de dois mil e onze.

K. veio para Portugal no mês de maio de dois mil e onze por intermédio da O.N.G. “Associação Sem Fronteiras”, ao abrigo de um protocolo com os PALOP, com o objetivo de realizar uma intervenção cirúrgica (corretiva de mielomeningocelo) e usufruir de um acompanhamento posterior. Está a ser acompanhado no Hospital de São João e no Hospital Maria Pia, onde tem consultas todas as terças feiras de manhã. Tem acompanhamento nas seguintes especialidades: estomatologia, medicina física e reabilitação, hematologia, espinha bífida, ortopedia, neurocirurgia e fisioterapia.

K. está ao cuidado da Comissão e Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e reside no Centro de Acompanhamento temporário de Campo Lindo. Frequenta o primeiro ano de escolaridade na escola de ensino básico do Covelo.

4.1 - CENTRO DE ACOMPANHAMENTO TEMPORÁRIO DE CAMPO LINDO

O Centro de Acolhimento Temporário (C.A.T.) de Campo Lindo é de natureza pública, funciona em regime aberto e permanente vinte e quatro horas por dia nos trezentos e sessenta e cinco dias do ano. Destina-se a acolher, provisória e transitoriamente, crianças de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os zero e os doze anos, salvo raras exceções, quando necessitam de proteção urgente face a situações de maus tratos, abandono ou outras que as coloquem em situação de risco e desproteção.

O C.A.T. de Campo Lindo está concebido para alojar vinte e três crianças (vinte e uma vagas em acolhimento e duas vagas em emergência).

Para além da diretora, equipa de profissionais que fazem parte do C.A.T. de Campo Lindo é constituído por duas psicólogas, uma educadora social, um técnico de segurança social, uma educadora de infância, duas assistentes técnicas, e vinte e nove

assistentes operacionais (motorista, telefonista, auxiliares de ação sócio educativa, auxiliares de serviços gerais, cozinheiras operadora de lavandaria e costureira).

O C.A.T. de Campo Lindo possui vários apoios na comunidade, nomeadamente de infantários e escolas, do Hospital de São João, do Hospital Maria Pia, do Fio de Oriana, da Unidade de Avaliação do Desenvolvimento e Intervenção Precoce (UADIP), e da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP)

CAPITULO III

DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

1 - CHEKLISTS

As competências enumeradas nas diferentes áreas de desenvolvimento emergem das observações realizadas à criança, das entrevistas às pessoas que dela estão mais próximas, nomeadamente encarregada de educação, professor, técnicos de saúde e técnicos e assistentes do Centro de Acolhimento Temporário de Campo Lindo, e da análise dos relatórios médicos e escolares disponibilizados.

A seleção das competências elencadas teve em conta: a idade do indivíduo, as limitações provocadas pela doença e o programa curricular do primeiro ano de escolaridade do primeiro ciclo do ensino básico.

O resultado da análise dos dados recolhidos nas diferentes áreas deste criança, identificando as competências adquiridas (A), as competências não totalmente adquiridas ou emergentes (E) e as competências não adquiridas (NA) permitiram conhecer mais em pormenor o aluno, e definir, posteriormente, um plano de intervenção.

A acompanhar os resultados obtidos, do preenchimento de cada quadro, será apresentado um gráfico, onde será possível verificar a quantificação das competências adquiridas, emergentes e não adquiridas obtida em cada área, assim como, uma breve síntese teórica dos resultados apresentados.

ÁREA: MOTRICIDADE				
Sub-Área: MOTRICIDADE AMPLA				
		A	E	NA
1	Levanta e roda a cabeça	X		
2	Mantém a cabeça direita na posição vertical	X		
3	Mantém-se sentado direito com apoio	X		
4	Mantém-se sentado direito sem apoio	X		
5	Coordena os movimentos que permitem rastejar		X	
6	Coordena os movimentos que permitem gatinhar		X	
7	Coloca-se na posição de joelhos			X
8	Passa da posição de sentado para a posição de pé			X
9	Desloca-se autonomamente			X
10	Desloca-se em cadeira de rodas	X		
11	Tem mobilidade dos membros inferiores			X
12	Tem mobilidade dos membros superiores	X		
13	Flete o tronco		X	
14	Bate palmas	X		
15	Lança objetos com ambas as mãos e em simultâneo	X		
16	Apanha uma bola que lhe é lançada a diferentes alturas	X		
17	Empurra e puxa objetos		X	
18	Participa em danças	X		

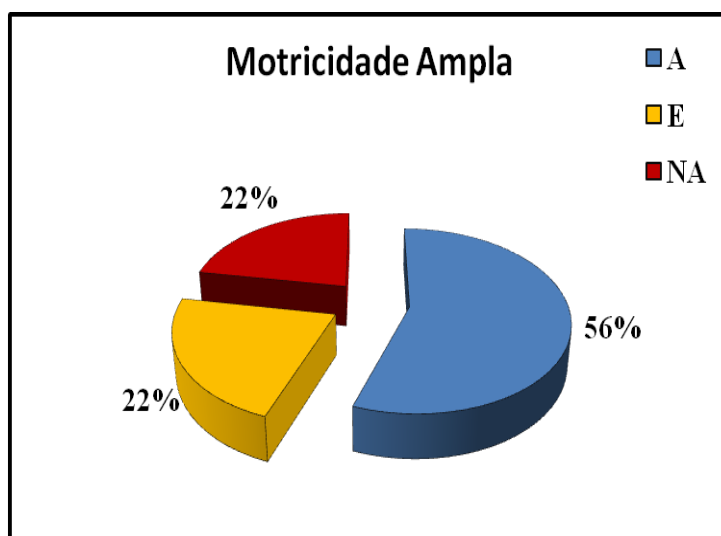


Gráfico 1 – Motricidade Ampla

Análise da Motricidade Ampla

Através da observação dos dados recolhidos podemos constatar que esta criança, K., apresenta boas capacidades funcionais dos membros superiores. Para a sua faixa etária, a sua estrutura física, ao nível do trem superior, é assinalável.

Uma vez que tem total imobilidade dos membros inferiores, a utilização da força muscular dos braços funcionava como estrutura de apoio quando realizava deslocações. Este comportamento foi clinicamente reprovado, pelo que, presentemente, realiza as suas deslocações numa cadeira de rodas convencional.

K, consegue ultrapassar as dificuldades em ações motoras que implicam a utilização das pernas, aplicando, unicamente, a força dos braços, como por exemplo, gatinhar ou rastejar. Em todos os itens que implicam o uso dos membros inferiores não consegue adquirir a competência indicada. No entanto, no que diz respeito à motricidade ampla, apresenta bom controlo das ações motoras envolvendo unicamente os membros superiores.

Os dados emergentes estão relacionados com ações onde estão também envolvidas capacidades motoras do trem inferior.

ÁREA: MOTRICIDADE				
Sub-Área: MOTRICIDADE FINA				
		A	E	NA
1	Estende uma mão em direção ao objeto	X		
2	Larga e atira objetos	X		
3	Passa objetos de uma mão para a outra	X		
4	Apanha e manipula um objeto	X		
5	Põe tampas em panelas	X		
6	Fecha tampas de encaixe	X		
7	Amassa diferentes materiais	X		
8	Rasga com as duas mãos	X		
9	Vira as páginas de um livro, uma de cada vez	X		
10	Faz pinturas com as mãos	X		
11	Fecha e abre vários tipos de fechos e fechaduras	X		
12	Roda tampas de boiões e frascos	X		
13	Apanha objetos de fina espessura como: moedas, folhas de papel		X	
14	Aperta e desaperta fechos de roupa	X		
15	Aperta e desaperta botões	X		
16	Coloca objetos dentro de um espaço limitado	X		
17	Enfia contas, sementes e massas em linha enfiada em agulha	X		
18	Desenha traços dentro de labirintos	X		
19	Pinta dentro do contorno das gravuras	X		
20	Faz diferentes formas modeladas com plasticina	X		
21	Corta com a tesoura em linha reta	X		

22	Recorta figuras de contornos irregulares		X	
23	Cola pedaços de papel em espaços pequenos	X		
24	Faz dobragens simples		X	

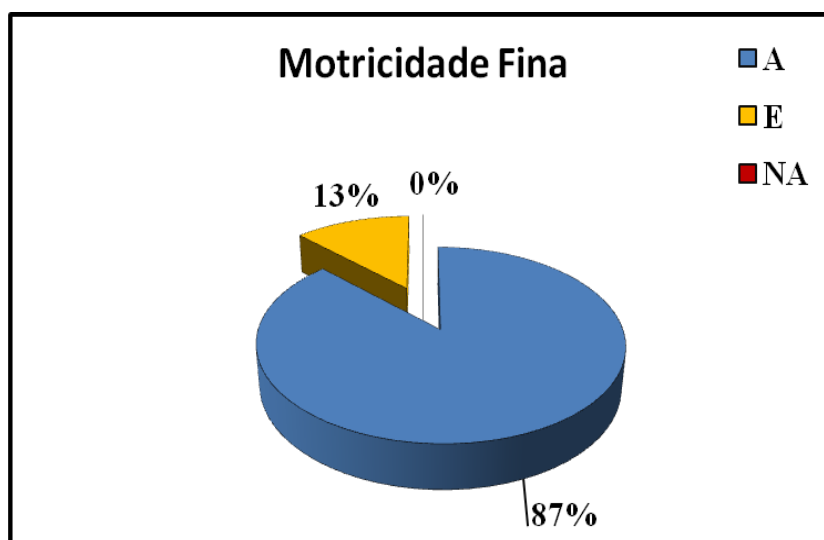


Gráfico 2 – Motricidade Fina

Análise da Motricidade Fina

Como podemos verificar pelos itens desta grelha, k., apresenta 85% dos itens adquiridos, contudo as na realização de tarefas que exigem a manipulação de objetos mais pequenos e ações mais precisas as dificuldades surgem.

ÁREA: LINGUAGEM				
Sub-Área: LINGUAGEM EXPRESSIVA				
		A	E	NA
1	Exprime-se por iniciativa própria	X		
2	Apresenta linguagem expressiva compreensível		X	
3	Domina a fonologia do Português		X	
4	Constrói frases simples	X		
5	Constrói frases complexas			X
6	Utiliza saudações convencionais	X		
7	Participa em diálogos		X	
8	Produz enunciados complexos			X
9	Narra experiências do dia a dia com coerência			X
10	Usa corretamente frases na negativa		X	
11	Usa pronomes	X		
12	Usa formas no plural	X		
13	Usa frases do tipo interrogativo	X		
14	Aplica formas verbais no passado		X	
15	Conta histórias ou relata acontecimentos de forma lógica			X

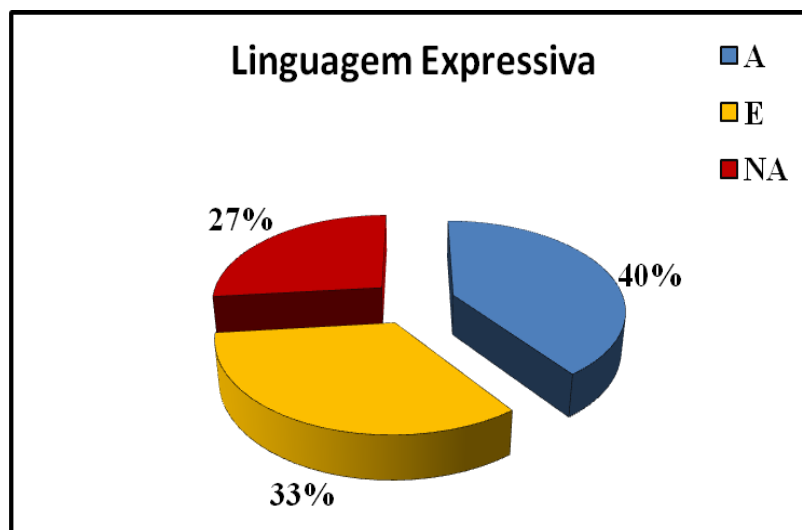


Gráfico 3 – Linguagem Expressiva

Análise da Linguagem Expressiva

Através da análise dos dados recolhidos podemos verificar que K. apresenta bastantes limitações ao nível da linguagem expressiva. 33% de competências estão emergentes e 27% ainda não se encontram adquiridas.

O aluno, quando está com os seus colegas, exprime-se oralmente por iniciativa própria, utilizando de uma linguagem simples. Em situações formais, demonstra alguma insegurança e evita responder às questões apresentadas.

No que é essencial, k. consegue resultados satisfatórios ao nível morfosintático. Acreditamos que as suas lacunas são provenientes da cultura linguística do país de origem, assim como, os poucos estímulos para a utilização da Língua Portuguesa a que esteve sujeito. Estes défices são mais evidentes quando implicam maior exigência cognitiva, nomeadamente, na atenção, memorização e descrição de um determinado assunto.

ÁREA: LINGUAGEM				
Sub-Área: LINGUAGEM COMPREENSIVA				
		A	E	NA
1	Compreende frases simples	X		
2	Compreende frases de duas ou mais ações	X		
3	Compreende as diferenças entre uma ordem e um pedido	X		
4	Compreende palavras sinónimas e antónimas		X	
5	Compreende e aplica adjetivos usados vulgarmente		X	
6	Compreende o significado de palavras que designam: tamanho, forma e altura		X	
7	Compreende os tempos: passado, presente e futuro		X	
8	Compreende ideias abstratas		X	
9	Identifica as personagens de uma história		X	
10	Faz a síntese de uma história ouvida			X
11	Compreende indicações básicas: quem, a quem, de quem, com quem, para quem, para quê,...		X	

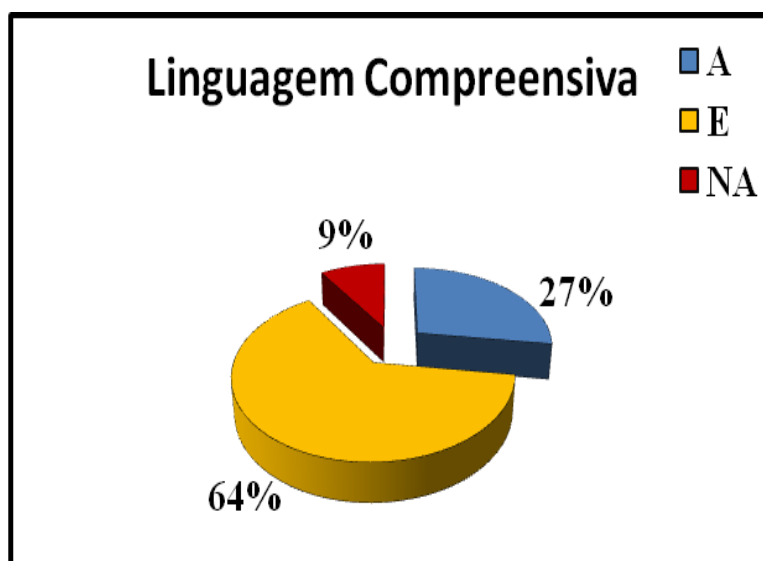


Gráfico 4 – Linguagem Compreensiva

Análise da Linguagem Compreensiva

Ao nível das competências básicas da compreensão, este aluno apresenta um desempenho, no domínio da análise compreensiva, que revela limitações (64% de resultados emergentes). Este aluno ainda está numa fase de adaptação a um novo país, pelo que, muitas das competências nesta área precisam de ser mais trabalhadas.

ÁREA: AUTONOMIA				
Sub-Área: HIGIENE				
		A	E	NA
1	Lava as mãos e cara sem ajuda	X		
2	Limpa as mãos e a cara sem ajuda	X		
3	Lava os dentes sem ajuda pondo a quantidade adequada e pasta	X		
4	Lava os cabelos sozinho	X		
5	Penteia e seca o cabelo sozinho		X	
6	Penteia e seca o cabelo orientado pelo adulto	X		
7	Toma banho sozinho e seca o corpo			X
8	Toma banho com ajuda	X		
9	Cuida da sua higiene íntima diária sem ajuda			X
10	Assoa-se sozinho sem precisar de ser recordado	X		
11	Apresenta controlo dos esfíncteres			X

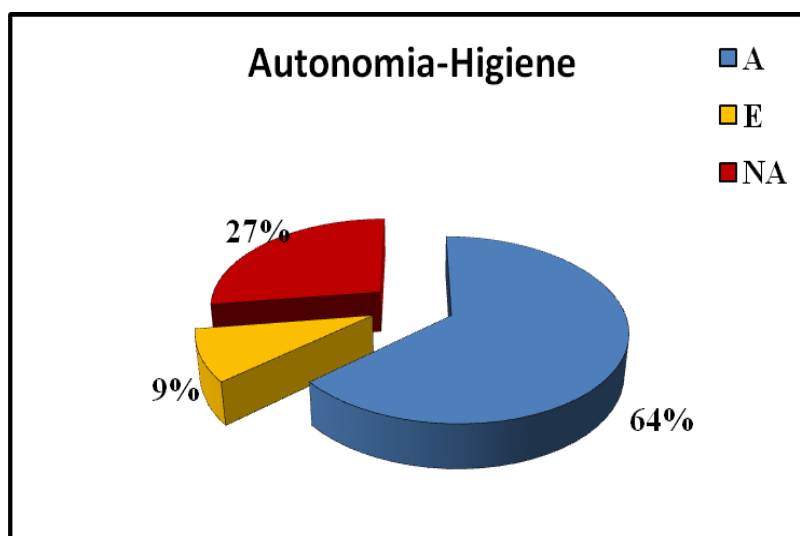


Gráfico 5 – Autonomia - Higiene

Análise da Autonomia

Subárea – Higiene

Tendo em conta a problemática de K., tivemos a oportunidade de verificar, que esta criança, apesar de estar dependente de um adulto para o apoiar nas tarefas de higiene pessoal mais exigentes, consegue colaborar, dentro das suas limitações, para não sobrecarregar quem dele cuida. Nas ações em que não é necessário sair da sua cadeira, e no caso dos objetos indispensáveis estarem ao seu alcance, K., não depende de ninguém para a realização das suas tarefas de higiene pessoal, obtendo, por isso, o resultado de 64% das competências apresentada adquiridas.

ÁREA: AUTONOMIA				
Sub-Área: VESTUÁRIO				
		A	E	NA
1	Veste-se/despe-se sem ajuda			X
2	Identifica o direito e o avesso da roupa		X	
3	Aperta/desaperta botões	X		
4	Aperta/desaperta atacadores			X
5	Aperta/desaperta molas, colchetes ou fivelas	X		
6	Despe o casaco quando desabotoado	X		
7	Despe as calças quando desabotoada			X
8	Tira meias e sapatos			X
9	Veste camisolas, casacos e camisas sem ajuda	X		
10	Veste sozinho calças			X
11	Calça meias sem ajuda			X
12	Calça luvas sozinho	X		

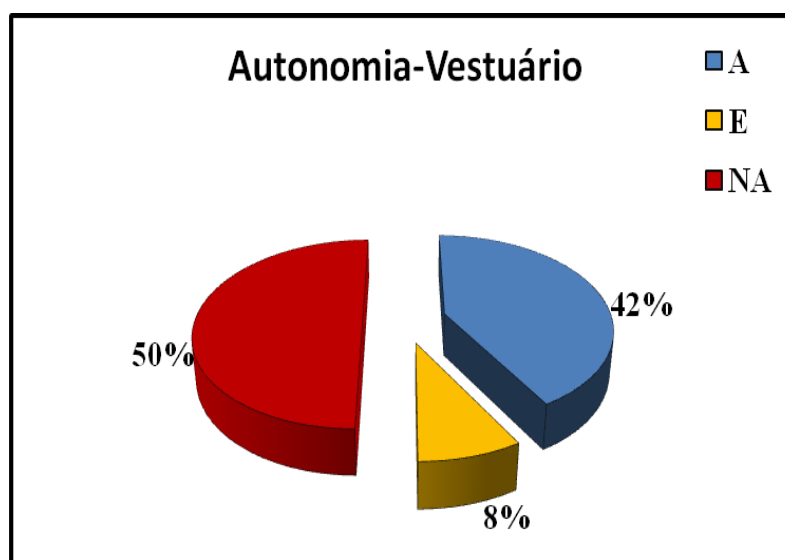


Gráfico 6 – Autonomia - Vestuário

Análise da Autonomia

Subárea – Vestuário

Verificamos que há uma contribuição assinalável do aluno, facilitando o trabalho de quem o ajuda, no momento de vestir/despir. O aluno não precisa de ajuda no vestir/despir da roupa do trem superior, no entanto está dependente de terceiros para vestir/despir as peças de vestuário destinadas ao trem inferior. O resultado de 50% de competências não adquiridas advém da incapacidade de mobilidade do trem inferior.

ÁREA: AUTONOMIA				
Sub-Área: ALIMENTAÇÃO				
		A	E	NA
1	Reconhece pelo aspeto os alimentos	X		
2	Come alimentos sólidos	X		
3	Bebe por copo sozinho	X		
4	Come sem ajuda utilizando devidamente os talheres	X		
5	Mantém uma posição correta à mesa , segundo as normas aceites	X		
6	Utiliza o guardanapo regularmente	X		
7	Serve-se da travessa sem ajuda	X		
8	Deita água no copo sem ajuda	X		
9	Deixa o lugar onde come limpo	X		
10	Descasca fruta com a mão	X		
11	Descasca fruta com a faca		X	

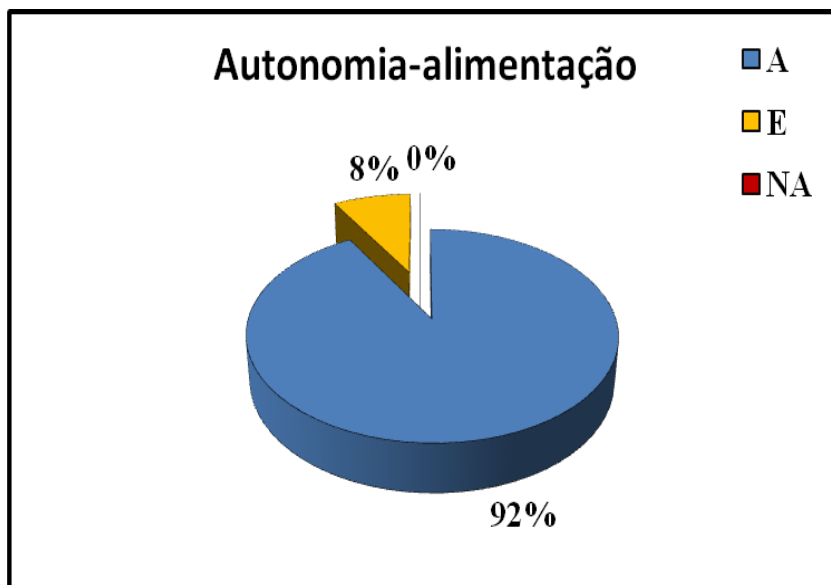


Gráfico 7 – Autonomia - alimentação

Análise da Autonomia

Subárea – Alimentação

Das competências enumeradas na grelha apresentada, K. obteve 92% de ações bem sucedidas. Esta criança ainda sente alguma dificuldade em descascar fruta com faca e por isso, regista-se como sendo uma competência emergente que deve continuar a ser aperfeiçoada.

ÁREA: AUTONOMIA				
Sub-Área: SOCIALIZAÇÃO				
		A	E	NA
1	Reage aos outros rindo, sorrindo ou produzindo sons	X		
2	Brinca com os colegas interagindo	X		
3	Partilha objetos, brinquedos ou comida	X		
4	Reage à música pela dança ou entoando a melodia	X		
5	Agradece sempre que necessário		X	
6	Pede ajuda se necessário	X		
7	Ouve sem interromper quando alguém lhe fala e responde adequadamente	X		
8	Respeita o que pertence aos outros	X		
9	Respeita as regras definidas nos diferentes locais que frequenta	X		
10	Ajuda quando solicitado	X		
11	Distingue passeio e faixa de rodagem	X		
12	Sabe da utilidade dos semáforos e passadeira	X		
13	Respeita as normas de conduta na via pública	X		
14	Aguarda pela sua vez quando espera	X		
15	Comporta-se de acordo com as normas de cortesia e conduta social		X	

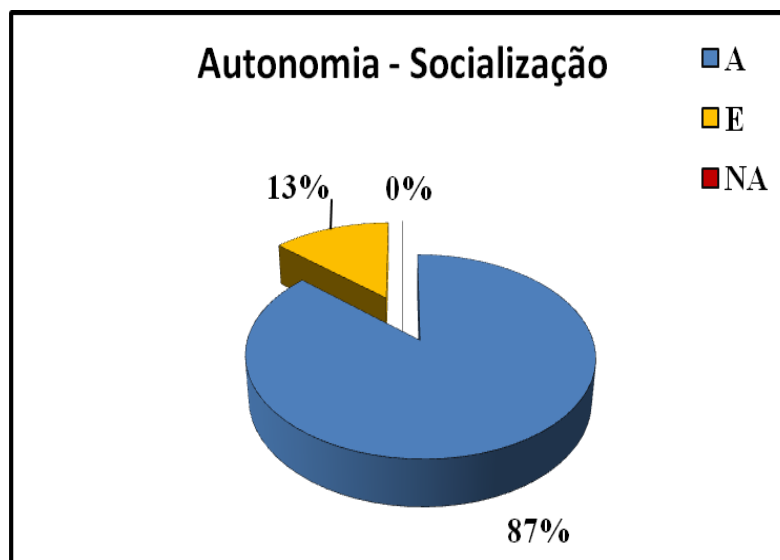


Gráfico 8 – Autonomia - Socialização

Análise da Autonomia

Subárea – Socialização

Do que podemos observar, K., é uma criança que quando está na presença de alguém estranho ou quando se sente observado fica bastante envergonhado, introvertido e inseguro. Se está na presença dos seus colegas de escola, do seu professor ou de outras pessoas com quem tem proximidade é uma criança bastante sociável. Foi neste contexto que foi preenchida a grelha apresentada, onde é possível constatar, pelos valores obtidos, 87% de competências adquiridas, uma rápida adaptação a uma nova realidade social, diferente do país de onde é originário.

ÁREA: COGNIÇÃO				
Sub-Área: ESQUEMA CORPORAL				
		A	E	NA
1	Localiza as diferentes partes do copo no outro	X		
2	Localiza as diferentes partes do corpo em si próprio	X		
3	Nomeia as diferentes partes do corpo em si próprio ou no outro	X		
4	Completa bonecos ou figuras a que faltam partes do corpo	X		
5	Faz a recomposição de um boneco (puzzle)		X	
6	Desenha a figura humana completa			X
7	Tem a noção anatômica da diferenciação de ambos os sexos		X	

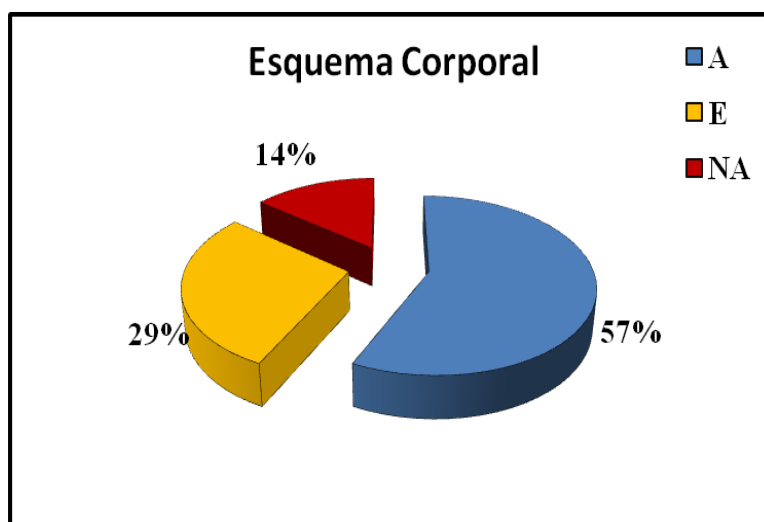


Gráfico 9 – Cognição – Esquema Corporal

Análise da Cognição

Subárea - Esquema Corporal

No que diz respeito ao conhecimento do corpo, verificamos que K., conhece as partes que o constituem o corpo humano, assim como, os principais órgãos, obtendo o resultado de 57% de itens apresentados como adquiridos. Sente muita dificuldade em compor o puzzle de cinco peças da figura humana e enumerar as diferenças anatômicas de ambos os sexos. Ainda não é capaz de desenhar a figura humana completa.

ÁREA: COGNIÇÃO				
Sub-Área: LATERALIDADE				
		A	E	NA
1	Localiza objetos que se situam à sua frente/atrás/em cima /em baixo e aos lados	X		
2	Reconhece a simetria do seu corpo			X
3	Quando pedido levanta a mão indicada		X	
4	Toca na orelha direita com a mão esquerda e vice-versa		X	
5	Toca com a mão direita no joelho esquerdo e vice-versa		X	
6	Aperta com a mão direita, a mão direita do companheiro ao lado		X	
7	Aperta com a mão esquerda, a mão esquerda do companheiro ao lado		X	
8	Aperta com a mão direita, a mão direita do companheiro da frente		X	
9	Aperta com a mão esquerda, a mão esquerda do companheiro da frente		X	
10	Reproduz movimentos corporais que são efetuados à sua frente por outra pessoa		X	

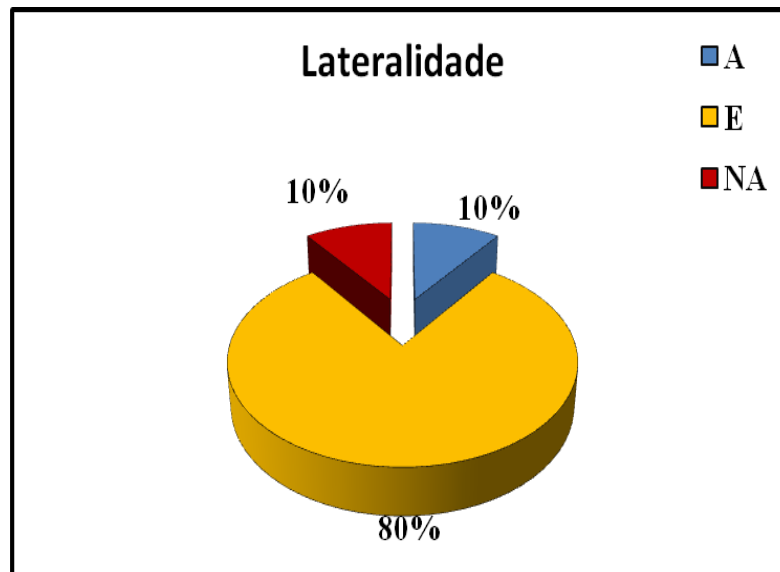


Gráfico 10 – Cognição – Lateralidade

Análise da Cognição

Subárea – Lateralidade

Da observação feita a K., podemos concluir que a sua mão dominante é a direita. Na realização dos exercícios propostos observamos que ainda existe alguma confusão na identificação da direita e esquerda, por isso, a larga maioria das competências analisadas, 80%, estão emergentes.

ÁREA: COGNIÇÃO				
Sub-Área: NOÇÃO TEMPORAL				
		A	E	NA
1	Diferencia antes/ agora/ depois	X		
2	Tem noção de cedo/ tarde	X		
3	Diferencia dia/ noite	X		
4	Diferencia ontem/ hoje/ amanhã	X		
5	Tem noção de anteontem/ depois de amanhã		X	
6	Relata factos situados num passado recente localizando-os		X	
7	Tem noção de semana/ fim de semana		X	
8	Nomeia os dias/ a semana	X		
9	Nomeia as estações do ano e associa-as ao vestuário, tempos livres, etc			X
10	Sabe a data do seu aniversário e a idade que fez	X		
11	Nomeia os meses do ano			X
12	Conhece as horas			X

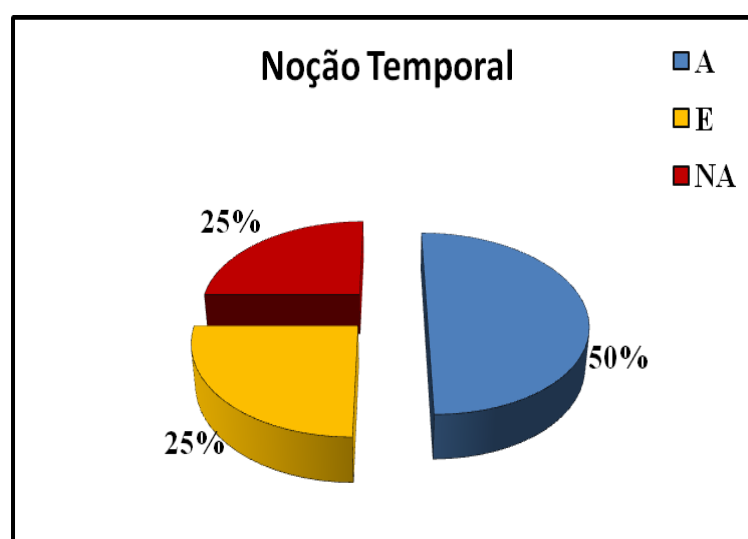


Gráfico 11 – Cognição – Noção Temporal

Análise da Cognição

Subárea – Noção Temporal

No que diz respeito à discriminação temporal, é de referir que 50 % das competências analisadas estão adquiridas, no entanto, 25% de itens que constam desta tabela não estão adquiridos e 25% são emergentes.

ÁREA: COGNIÇÃO				
Sub-Área: NOÇÃO ESPACIAL				
		A	E	NA
1	Percebe as posições: baixar/ levantar	X		
2	Percebe as posições: sentar/deitar	X		
3	Percebe as posições: afastar/ aproximar	X		
4	Percebe as posições: ficar perto de / ficar longe de	X		
5	Coloca objetos em: cima/baixo	X		
6	Coloca objetos em: dentro/fora	X		
7	Coloca objetos em: frente/atrás	X		
8	Coloca objetos em: lado direito/ lado esquerdo		X	
9	Coloca objetos por orientação de uma imagem (modelo)		X	
10	Faz desenhos numa folha de papel, de acordo com um plano de distribuição tendo em vista as direções			X

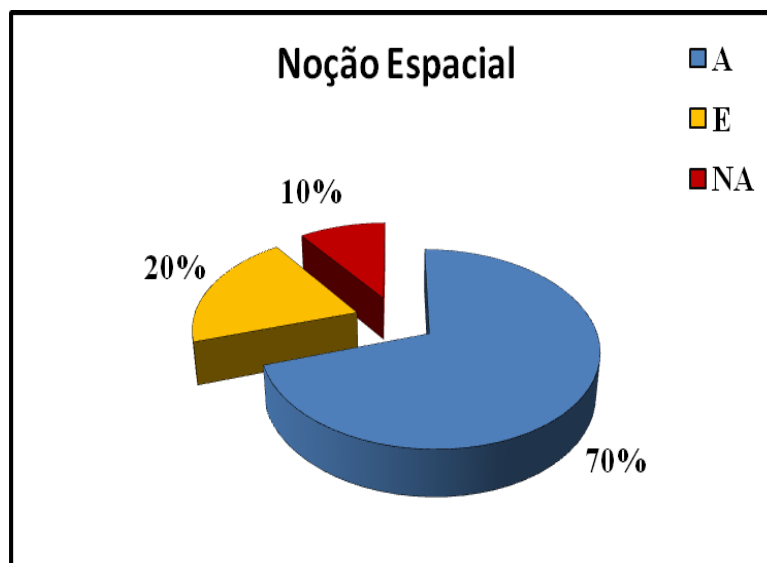


Gráfico 12 – Cognição – Noção Espacial

Análise da Cognição

Subárea – Noção Espacial

Na análise desta subárea, regista-se 70% de sucesso, que nos documenta uma boa capacidade ao nível da orientação espacial, no entanto, observamos algumas falhas nesta subárea, quando é exigido domínio das noções de lateralidade.

ÁREA: COGNIÇÃO				
Sub-Área: PERCEÇÃO VISUAL				
		A	E	NA
1	Separa objetos, da mesma forma e da mesma cor, em função do tamanho	X		
2	Separa objetos de diferentes formas, de tamanho igual ou aproximada e de igual cor	X		
3	Reproduz sequencia de cores	X		
4	Faz encaixes por imitação	X		
5	Faz encaixes sem modelo presente	X		
6	Põe objetos com a mesma forma por ordem crescente e decrescente de grandeza	X		
7	Discrimina cores primárias	X		
8	Discrimina cores compostas	X		
9	Nomeia cores primárias	X		
10	Nomeia cores secundárias		X	
11	Discrimina detalhes diferentes em objetos iguais		X	
12	Descobre pequenos pormenores diferentes entre dois desenhos semelhantes		X	
13	Discrimina figuras geométricas simples		X	
14	Identifica alto/baixo, comprido/curto, estreito/largo, espesso/delgado, antes/depois, principio/meio/fim		X	

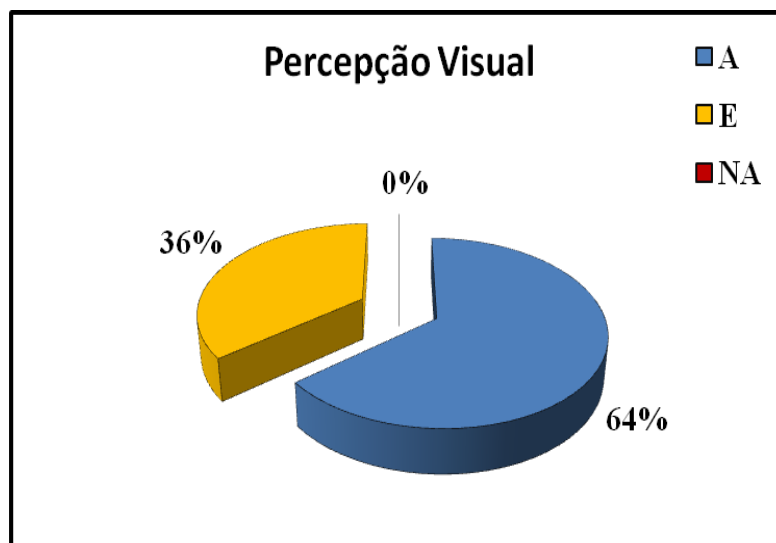


Gráfico 13 – Cognição – Percepção Visual

Análise da Cognição

Subárea – Percepção Visual

Do dados recolhidas da observação feita nesta subárea, podemos afirmar que k. possui uma boa acuidade visual, permitindo realizar com sucesso a maior parte das atividades apresentadas (64%). Nos itens emergentes (36%), podemos associar a estes resultados a alguma desatenção ou desconhecimento da nomenclatura usada.

ÁREA: COGNIÇÃO				
Sub-Área: PERCEÇÃO AUDITIVA				
		A	E	NA
1	Distingue sons do meio ambiente (vozes dos companheiros, ruídos dentro e fora da sala,...)	X		
2	Reconhece sons previamente experimentados	X		
3	Discrimina intensidades diferentes de sons (forte/fraco)	X		
4	Discrimina ritmos diferentes (rápido/lento)	X		
5	Marca o ritmo e ouve uma canção	X		
6	Faz batimentos rítmicos de palavras até cinco sílabas		X	
7	Reproduz a meodia e letra de uma canção		X	

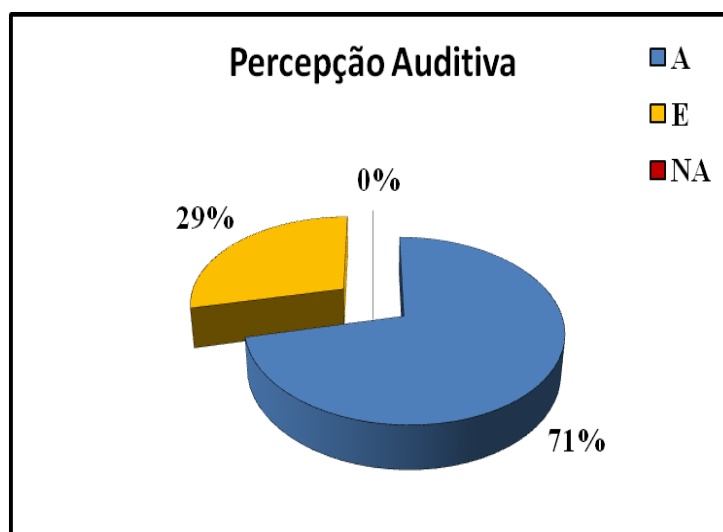


Gráfico 14 – Cognição – Percepção Auditiva

Análise da Cognição

Subárea – Percepção Auditiva

Pelos resultados obtidos, 71% adquiridos e 29% emergentes, concluímos que k. possui uma boa acuidade auditiva. Os itens estão emergentes estão relacionados com a capacidade de atenção/concentração e com a capacidade de memória deste aluno.

ÁREA: COGNIÇÃO				
Sub-Área: PERCEÇÃO TÁTIL-QUINESTÉSICA				
		A	E	NA
1	Reconhece objetos pelo tato	X		
2	Discrimina objetos de diferentes tamanhos	X		
3	Faz a seriação de objetos de diferentes tamanhos	X		
4	Discrimina objetos de diferentes pesos	X		
5	Faz a seriação de objetos de diferentes pesos	X		
6	Discrimina objetos de diferentes espessuras	X		
7	Faz a seriação de objetos de diferentes espessuras	X		
8	Discrimina objetos de diferentes texturas (duro, mole, macio, áspero, rugoso, liso)	X		
9	Faz a seriação de objetos de diferentes texturas	X		
10	Discrimina diferenças térmicas (quente, frio) nos membros superiores	X		
11	Faz a seriação de elementos com diferentes temperaturas	X		
12	Discrimina diferenças térmicas (quente, frio) nos membros inferiores			X
13	Reage a estimulação tátil dos membros superiores	X		
14	Reage a estimulação tátil dos membros inferiores			X



Gráfico 15 – Cognição – Percepção Tátil-Quinestésica

Análise da Cognição

Subárea – Percepção Tátil-Quinestésica

Através da manipulação de diferentes objetos, podemos constatar que o aluno em estudo, manifesta capacidade para analisar e distinguir características de objetos idênticos e capacidade para reagir a diferentes estímulos nos membros superiores. Obteve 86% de sucesso nas competências indicadas.

Uma vez que não reage a diferenças térmicas e a estimulação tátil nos membros inferiores, concluímos que não possui sensibilidade nos membros inferiores.

ÁREA: COGNIÇÃO				
Sub-Área: PERCEÇÃO GUSTATIVA				
		A	E	NA
1	Reconhece os sabores doce/amargo	X		
2	Identifica alimentos com estes sabores	X		
3	Reconhece os sabores insosso/salgado	X		
4	Discrimina alimentos que necessitam de sal		X	
5	Reconhece o sabor picante	X		
6	Reconhece o sabor ácido	X		

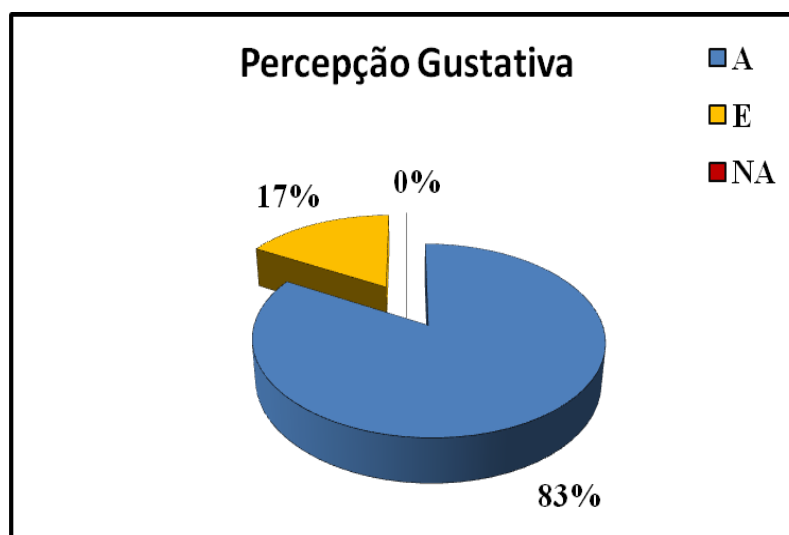


Gráfico 16 – Cognição – Percepção Gustativa

Análise da Cognição

Subárea – Percepção Gustativa

Face aos resultados apresentados, concluímos que a percepção gustativa desta criança não se encontra comprometida, uma vez que, reconhece todas as características que um alimento pode ter no que diz respeito ao paladar, obtendo 83% de sucesso. Mostrou algumas dificuldades em saber nomear os alimentos que necessitam de sal antes de serem cozinhados e comidos.

ÁREA: COGNIÇÃO				
Sub-Área: PERCEÇÃO OLFATIVA				
		A	E	NA
1	Reconhece odor perfumado/odor desagradável	X		
2	Identifica pelo cheiro algumas substâncias de uso comum	X		
3	Nomeia objetos através do reconhecimento do odor que exalam	X		



Gráfico 17 – Cognição – Percepção Olfativa

Análise da Cognição

Subárea – Percepção Olfativa

A análise desta tabela permite-nos apurar que este indivíduo reage a odores agradáveis e desagradáveis. Dos valores obtidos (100% adquiridos), concluímos que o seu olfato não se encontra comprometido.

ÁREA: ACADÊMICA				
Sub-Área: LINGUA PORTUGUESA-LEITURA/ESCRITA				
		A	E	NA
1	Identifica e escreve todas as letras maiúsculas e minúsculas do alfabeto			X
2	Faz a correspondência som/grafema para todas as letras do alfabeto e todos os dígrafos			X
3	Soletra (as letras de) palavras dissilábicas			X
4	Reconhece globalmente palavras frequentes		X	
5	Reconhece os grupos consonânticos mais frequentes do português			X
6	Usa a correspondência letra/som para ler palavras desconhecidas			X
7	Utiliza o conhecimento das sílabas para decifrar palavras desconhecidas			X
8	Compreende o conteúdo de pequenas frases e textos e localiza neles informação específica			X
9	Lê, com progressiva autonomia, palavras e frases			X
10	Localiza informação específica nas frases e textos lidos			X
11	Prediz o conteúdo do texto através da leitura do título ou das imagens			X
12	Lê, textos variados, com fins recreativos			X
13	Produz uma caligrafia legível com diferentes instrumentos de escrita		X	
14	Copia palavras e frases em letra manuscrita		X	
15	Transcreve do impresso para manuscrito		X	
16	Escreve palavras e frases simples			X
17	Escreve frases a partir de palavras ou imagens			X
18	Identifica e usa os sinais de pontuação mais frequentes (ponto final; vírgula; ponto de interrogação)			X

19	Escreve, corretamente, palavras frequentes			X
20	Escreve, espontaneamente, palavras polissilábicas			X
21	Escreve textos curtos com respeito pelo tema,, assegurando a continuidade referencial e marcando abertura e fecho			X

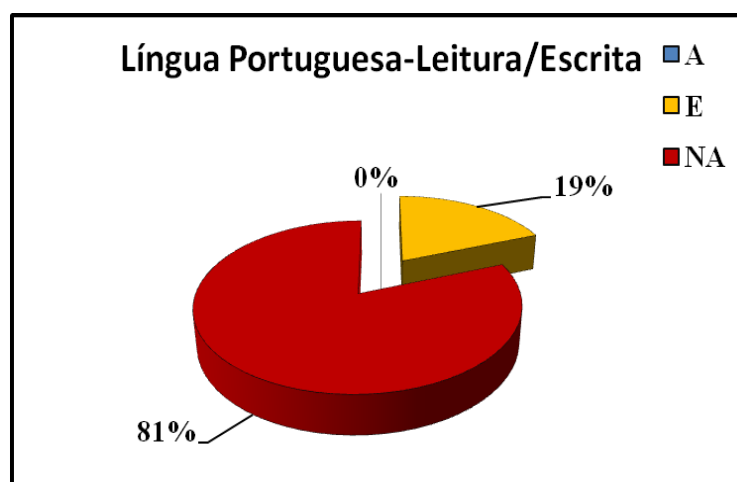


Gráfico 18 – Académica – Língua Portuguesa

Análise da Área Académica

Subárea – Língua Portuguesa-Leitura/Escreita

O aluno nem sempre revela compreensão da informação transmitida. Está a adquirir progressivamente a técnica da leitura e da escrita com dificuldade, por isso, nenhuma das competências, no domínio de leitura, está adquirida. Relativamente à escrita, transcreve/copia enunciados de forma perceptível mas com um traço muito irregular. Ainda não evidencia capacidade para produzir enunciados escritos por iniciativa própria. 81% de competências elencadas na grelha apresentada não estão adquiridas.

ÁREA: ACADÉMICA				
Sub-Área: MATEMÁTICA				
		A	E	NA
1	Classifica e ordena de acordo com um dado critério		X	
2	Lê e representa números, pelo menos até 100			X
3	Realiza contagens progressivas e regressivas, representando os números envolvidos		X	
4	Compreende várias utilizações do número e identifica números em contextos do quotidiano		X	
5	Compara e ordena números		X	
6	Compõe e decompõe números		X	
7	Utiliza a simbologia $>$, $<$ e $=$		X	
8	Identifica e dá exemplos de diferentes representações para o mesmo número		X	
9	Representa números na reta numérica		X	
10	Compreende a adição no sentido de acrescentar		X	
11	Compreende a subtração nos sentidos de retirar, comparar e completar		X	
12	Identifica o objetivo e a informação relevante para a resolução do problema		X	
13	Concebe e aplica estratégias adequadas à resolução do problema		X	
14	Verifica a adequação dos resultados obtidos			X
15	Explica ideias e processos utilizados			X
16	Justifica os resultados matemáticos obtidos			X
17	Formula e testa conjeturas relativas a situações matemáticas simples			X
18	Interpreta a informação e conceitos matemáticos, representados de diferentes formas			X

19	Representa informação matemática de modos diversos			X
20	Expressa ideias e processos matemáticos, utilizando a linguagem e vocabulário próprios			X
21	Discute resultados, processos e ideias matemáticos			X

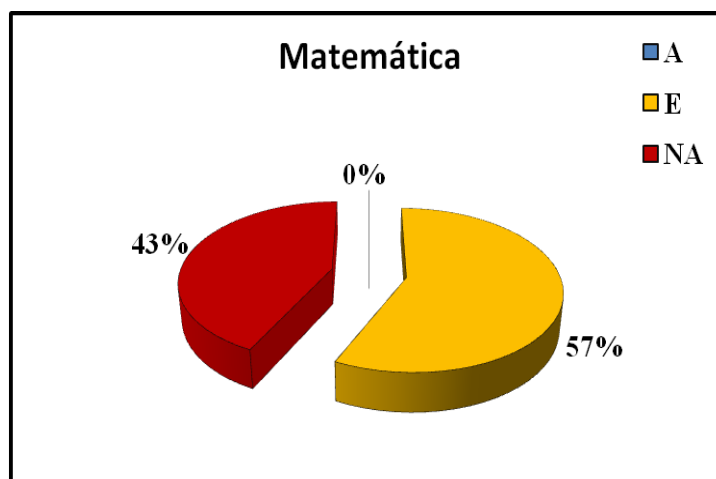


Gráfico 19 – Acadêmica – Matemática

Análise da Área Acadêmica

Subárea – Matemática

Lê, representa, compara, ordena, compõe, decompõe, adiciona e subtrai números até sete com insegurança. Apresenta cálculo mental pouco desenvolvido. Este aluno, iniciou a escolaridade no presente ano letivo estando a adquirir competências básicas, nas diferentes áreas acadêmicas, pela primeira vez. Com efeito, nas competências que foram trabalhadas, o aluno apresenta 57% de competências emergentes. Os conteúdos programáticos que ainda não foram trabalhados e estão descritos na grelha, consideramos que se tratam de competências que não estão adquiridas (47%).

ÁREA: ACADÉMICA				
Sub-Área: ESTUDO DO MEIO				
		A	E	NA
1	Reconhece a família e estabelece relações de parentesco		X	
2	Identifica diferentes espaços da casa e suas funções	X		
3	Identifica diferentes espaços da escola e suas funções	X		
4	Identifica e relaciona unidades de tempo (manhã/tarde/noite; dia/semana/mês; ontem/hoje/amanhã;...)	X		
5	Reconhece um determinado espaço representado em plantas/maquetas			X
6	Descreve e representa os seus itinerários			X
7	Refere os estados de tempo mais frequentes na região em que vive relatando as implicações no seu quotidiano.	X		
8	Reconhece manifestações da vida animal e vegetal.	X		
9	Reconhece os cuidados a ter com os animais e as plantas.	X		
10	Distingue ser vivo/ser não vivo.		X	
11	Reconhece semelhanças e diferenças entre seres vivos.		X	
12	Conhece e enumera as partes fundamentais do corpo.	X		
13	Identifica características familiares transmitidas de gerações anteriores.			X
14	Identifica e verifica propriedades de diferentes materiais, condições em que se manifestam e formas de alteração do seu estado físico			X
15	Identifica cores, sons e cheiros da Natureza		X	
16	Identifica normas de higiene ao nível do corpo e da alimentação	X		
17	Revela conhecimento de si próprio ao nível da sua identificação e filiação.		X	

18	Descreve, de forma estruturada ações e atividades passadas com amigos e familiares em diferentes contextos e lugares.		X	
19	Reconhece diferentes instituições e serviços da comunidade, atividades e funções de alguns dos seus membros.			X
20	Reconhece alterações na sua localidade e no território próximo, resultantes da ação humana, identificando eventuais problemas		X	
21	Manipula pequenos dispositivos para fins específicos		X	

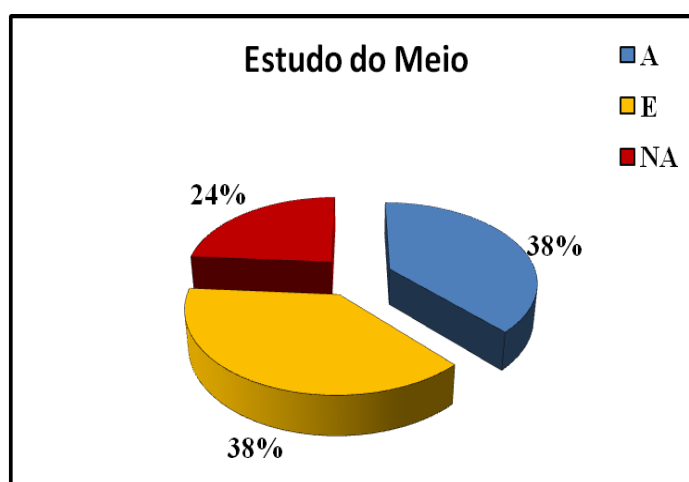


Gráfico 20 – Académica – Estudo do Meio

Análise da Área Académica

Subárea – Estudo do Meio

Este aluno reside em Portugal desde maio de 2011 e sente alguma dificuldade em conhecer os aspetos relacionados com o meio físico e social local. Nos itens em que estão implícitas ações que o aluno realiza frequentemente estão adquiridas (38%). Reconhece os elementos fundamentais do corpo, os hábitos individuais de higiene, os estados de tempo, as manifestações da vida animal e vegetal e os cuidados que devemos ter com estes. Também identifica com segurança os diferentes espaços da escola e do espaço onde vive. As competências que já foram abordadas na escola estão emergentes (38%). As competências não trabalhadas nesta área de ensino consideramos que não estão adquiridas (24%).

2- PERFIL INTRA-INDIVIDUAL DO ALUNO

A partir da interpretação dos dados recolhidos, é possível determinarmos quais as áreas de desenvolvimento fortes, emergentes e fracas.

Para avaliarmos as áreas de desenvolvimento de K. utilizamos o seguinte critério:

- ❖ Área Forte – sempre que o nível de execução seja superior a 74%.
- ❖ Área Emergente - sempre que o nível de execução esteja entre os 50% e os 74%.
- ❖ Área Fraca - sempre que o nível de execução seja inferior a 50%.

Os dados recolhidos deram-nos indicações dos níveis atuais de realização do alunos avaliado nas diversas áreas de desenvolvimento e em simultâneo permitem-nos definir as linhas condutoras de um programa de intervenção adequado.

2.1 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE K. POR ÁREA DE DESENVOLVIMENTO

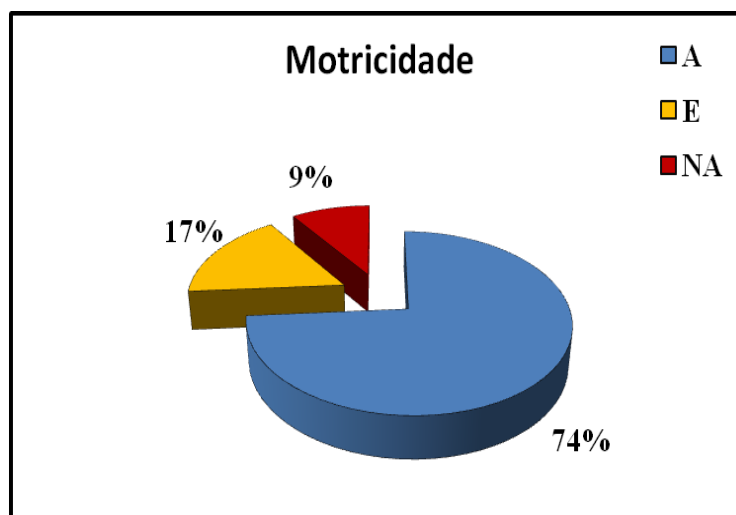


Gráfico 21 – Motricidade

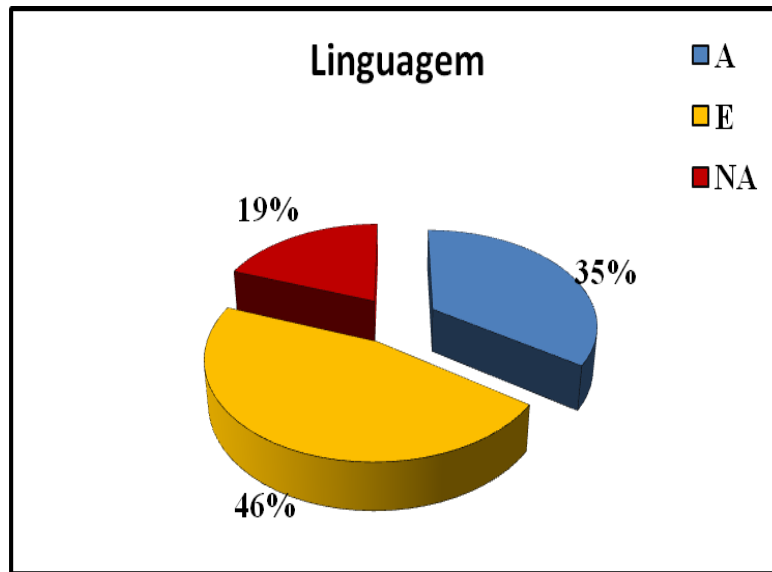


Gráfico 22 – Linguagem

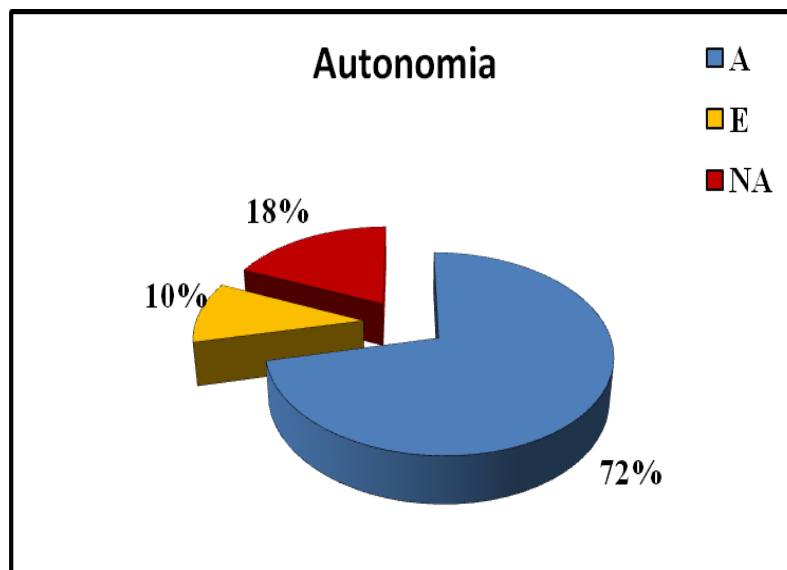


Gráfico 23 – Autonomia

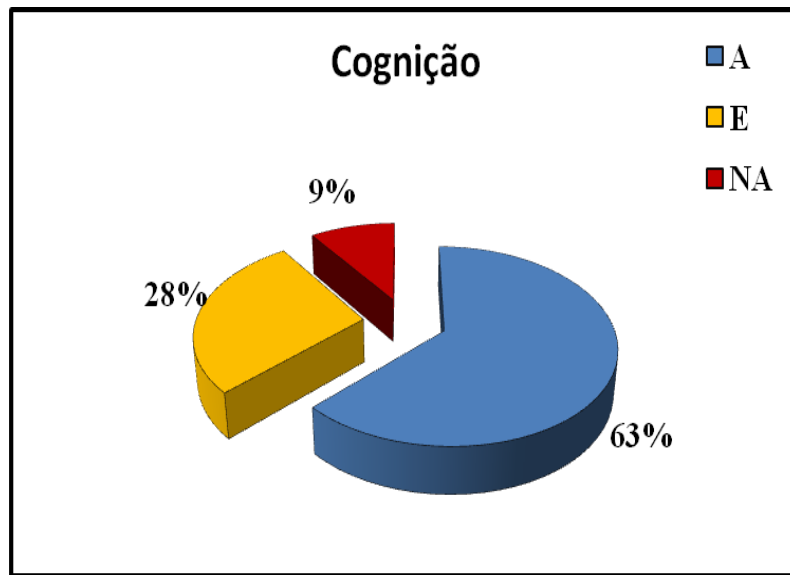


Gráfico 24 – Cognição

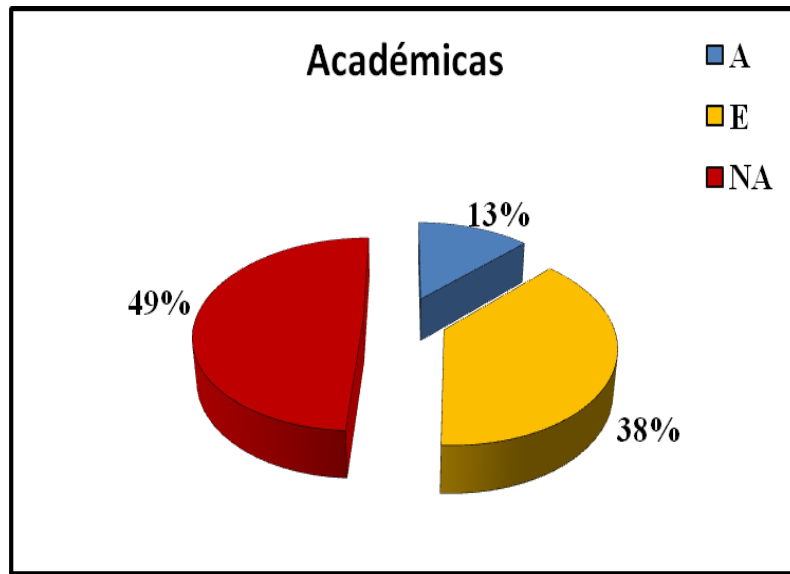


Gráfico 25 – Académicas

2.2 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE K. POR CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Áreas Fortes	Áreas Emergentes	Áreas Fracas
	Motricidade 74%	
		Linguagem 35%
	Autonomia 72%	
	Cognição 63%	
		Académicas 13%

Através da leitura da tabela anterior podemos constatar que K. não apresenta nenhuma área forte, no entanto, tendo em conta as limitações físicas desta criança, os valores obtidos nas áreas de motricidade, autonomia e cognição são elevados. Relembramos que K. é uma criança natural da Guiné-Bissau, e até vir para Portugal, no passado mês de maio de dois mil e onze, vivia isolado num meio rural, com o pai.

Uma vez que K. tem total imobilidade dos membros inferiores, não é capaz de realizar nenhuma ação motora autonomamente, onde estejam sobretudo implicados o uso destes membros. Com efeito, e apesar desta condicionante, K. apresenta bom controlo das ações motoras.

Ao nível da autonomia, as suas dificuldades advêm da incapacidade de mobilidade do trem inferior e de não possuir controlo dos esfíncteres.

Esta criança, no seu país de origem, Guiné-Bissau, não fruiu de escolaridade e também não teve oportunidade de vivenciar situações que lhe permitissem alargar os seus conhecimentos. Através dos contactos que tivemos com este aluno, apercebemo-nos que a sua interação com diferentes pessoas, a aprendizagem que está a adquirir do contacto com meio social e as aprendizagens escolares tem contribuído para o desenvolvimento das suas capacidades cognitivas.

Na linguagem e na área académica apresenta níveis de desempenho baixos. Estes resultados devem-se ao facto desta criança ainda estar num período de adaptação a um novo país, nomeadamente, na aprendizagem de uma nova língua, diferente da sua língua materna.

As suas realizações académicas, ainda são muito reduzidas, uma vez que a sua participação na vida escolar ainda é muito recente.

CAPITULO IV

REFLEXÕES ACERCA DA INCLUSÃO SÓCIO ESCOLAR DESTA CRIANÇA

“As escolas são o reflexo da sociedade em que elas funcionam”.

Mittler,(2003)

Ao longo dos tempos a forma de encarar as pessoas com deficiências, incapacidades e *handicaps* foi sofrendo alterações profundas. A sociedade nem sempre considerou a pessoa “diferente”, do mesmo modo, mas felizmente, esta ideia tem-se alterado devido a fatores de ordem política, económica e social.

Nas sociedades ditas modernas ainda existem pensamentos segregadores e produtores de desigualdades sociais, padronizados a favor de uns acabando por levar à exclusão de outros.

A *Declaração de Salamanca*, aprovada em junho de 1994 pelos representantes de 92 governos e 25 organizações internacionais, passou a considerar a inclusão dos alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares, como o meio mais eficaz para combater as atitudes discriminatórias.

Correia (1997), refere que “ *a colocação física da criança com necessidades educativas especiais, na classe regular não é de forma alguma garantia de sucesso.*”

É necessário que a escola se reestruture e seja capaz de proporcionar a todos os alunos as mesmas oportunidades, tanto educacionais como sociais.

Todos os percursos de inclusividade deverão ser sempre caminhos partilhados, porque sozinhos pouco ou nada se consegue construir.

A necessidade da promoção de ambientes de interação construtiva entre crianças típicas e atípicas, resultarão, necessariamente, em benefícios recíprocos: ambos se tornarão mais tolerantes e humanos e preparar-se-ão para a vida comum em sociedade.

Como já foi referido em capítulos anteriores, a criança a partir do qual se realizou este estudo, é natural da Guiné-Bissau e veio viver para Portugal no mês de maio de dois mil e onze. Esta criança teve, até então, integrada numa sociedade com características muito particulares, bastante distinta, das existentes no país onde reside atualmente.

Decorridos oito meses da sua permanência em Portugal consideramos que K, apesar de ainda estar num processo de adaptação a uma nova realidade social, cultural, familiar e educacional tem revelado uma enorme capacidade em aceitar os padrões do país onde se pretende que esteja integrado.

Correia (2003), sublinha, “ *a sociedade é responsável pela mudança, sendo que não deverá ser só a condição problemática do aluno a ser considerada, mas também os ambientes onde ele interage, uma vez que os aspetos sociais podem alimentar*

sentimentos permanentes de incapacidade, criando ao aluno sucessivas situações de desvantagem”.

A sociedade, até ao momento, não tem colocado dificuldades a esta criança, no entanto, nem sempre demonstra estar preparada para integrar aqueles que são diferentes dos outros.

Acreditamos que longe vai o tempo em que a sociedade marginalizava indivíduos com necessidades especiais mas nem sempre são tomadas as medidas adequadas para tornar a vida destes cidadãos mais simplificada. Esta integração não se concretiza se não houver boa vontade de todos em integrar quem é diferente.

O estado tem um papel fundamental para criar condições legais e estruturais que contribuam para o desenvolvimento global destes indivíduos. A integração de K. tem sido facilitada pois tem contado com o apoio estatal em várias vertentes: no alojamento e acompanhamento permanente de assistentes para as suas necessidades específicas, no acompanhamento médico e na educação. Desta forma, K. tem a possibilidade de gratuitamente poder desenvolver as suas capacidades e melhorar a sua qualidade de vida.

Apesar do pai de K viver em Portugal, a sua presença junto deste restringe-se a visitas semanais por curtos períodos de tempo. O ambiente familiar que vivencia é proporcionado pelos funcionários e utentes do Centro onde reside. Os técnicos especializados, responsáveis pela instituição onde K está inserido, têm uma ação importante na integração desta criança, uma vez que é com eles que K. passa a maior parte do tempo, e são eles que poderão planificar, executar e avaliar programas de intervenção a que a criança poderá estar sujeita.

Hoje, a política educativa apela à construção de uma escola que acolha todos os alunos, *“ onde a criança é aceite e apoiada pelos seus pares e pelos adultos que a rodeiam. A diversidade é, assim, valorizada, tendo como pilares sentimentos de partilha, participação e amizade”* Correia, (2003). Uma escola que ofereça condições de ensino diferenciados, que conduzam à igualdade de sucessos nas aprendizagens, que contribua para atenuar as diferenças sociais, de modo a abolir atitudes discriminatórias e formar uma sociedade mais justa e acolhedora. Com base nesta premissa, a escola que K. frequenta preparou-se para receber esta criança, *“num sentido de comunidade (...) com a participação de todos os alunos e com o respeito pela diversidade (...) dando relevância não só a aspetos académicos, mas também aos aspetos socio emocionais e de cidadania”*(Schaffner e Buswell, (1996) in Correia (2003).

Nesta escola, não se efetuaram adaptações arquitetónicas, uma vez que, estruturalmente, está preparada para receber alunos com mobilidade reduzida e alunos que se deslocam em cadeira de rodas.

Com a presença deste aluno foi necessário realizar algumas adaptações programáticas que beneficiassem o aluno. Foi imprescindível assegurar a presença de apoio suplementar de um professor especializado para, conjuntamente com o professor titular da turma, definirem estratégias que fossem ao encontro das reais necessidades do aluno. Os pais/ encarregados de educação e alunos da turma foram sensibilizados para as características particulares deste aluno, tendo mostrado, até ao momento em que este trabalho está ser elaborado, total aceitação e disponibilidade para promover a inclusão educativa e social desta criança.

A principal preocupação da escola tem sido satisfazer as reais necessidades desta criança, encarada como “*um todo*” Correia (1997) e não simplesmente no seu desempenho académico, de modo a que ela possa maximizar todo o seu potencial. Caberá também às entidades que formam o sistema inclusivo, estado, comunidade, família e escola, continuar a assumir as suas responsabilidades para que a integração desta criança seja plena numa sociedade que se pretende moderna e justa.

Reflexão/Conclusão

Tal como a criança que foi alvo do nosso estudo, as crianças que vivem nos países mais pobres do mundo, como a Guiné-Bissau, são, sem dúvida, as mais esquecidas. Por isso, é necessário unir forças para diminuir as desigualdades sociais e tornar estas realidades mais visíveis ao olhar dos cidadãos do mundo. É obrigatório facultar as estas comunidades, os bens essenciais para a sua sobrevivência: água potável, alimentação, casa e cuidados de saúde. Todas as crianças têm direito à educação, à proteção, ao amor e ao carinho. É fundamental, que se criem condições de vida, que permitam às crianças destes países sobreviver e crescer com saúde e desenvolver as suas aptidões académicas, a sua personalidade o talento e todas as suas potencialidades.

No decorrer deste trabalho, refletimos várias vezes nas condições de vida de K. na Guiné-Bissau. Foi de capital importância, a ação da O.N.G. “Associação Sem Fronteiras”, quer no terreno, quer na sensibilização de países mais desenvolvidos e das forças políticas respetivas, para a necessidade de ajudar crianças, como K., a ter uma vida mais digna, dando-lhes a oportunidade de garantirem um futuro melhor.

Fazendo uma breve reflexão sobre o modo como decorreu a realização deste trabalho, podemos afirmar que nos deparamos com algumas dificuldades nas diferentes fases de construção do mesmo. Numa fase inicial, sentimos que a bibliografia especializada na problemática da criança alvo do nosso estudo não é muito abundante. Depois de termos em nosso poder a literatura necessária e os registos das pesquisas na internet, avançamos para composição do enquadramento teórico desta doença, que nos permitiu recolher informações e obter conhecimentos sobre a Espinha Bífida-mielomeningocelo e a complexidade desta malformação.

O obstáculo seguinte relacionou-se com a caracterização social e familiar de K. A escassez de documentação clínica e familiar do seu país de origem, a barreira linguística, que tornava quase impercetível os diálogos com o pai de K., e a incongruência dos dados de identificação apresentados, levantaram bastantes interrogações na estruturação deste item.

No que diz respeito à participação da encarregada de educação do aluno e à participação da escola frequentada por K., ambas colaboraram sempre que solicitados, disponibilizando todos meios e recursos ao seu dispor para tornar possível a construção deste trabalho.

No primeiro contacto que tivemos com K. este mostrou-se muito inibido, desconfiado e muito inseguro, fugindo frequentemente às questões apresentadas com um encolher de ombros. Como a nossa presença passou a ser constante, esta criança tornou-se mais comunicativa e afável. Na avaliação efetuada a K., verificamos que as áreas académicas e a área de linguagem surgem como áreas fracas no Perfil intraindividual do aluno, e por conseguinte, será necessário intervir adequadamente nestas áreas.

As limitações relacionadas com a sua patologia, dificultam a sua adaptação escolar e social. No entanto, tendo em conta as condições em que vivia e a assistência médica disponível no seu território, podemos afirmar que a fortuna sorriu a esta criança quando foram criadas as condições para deixar o seu país e vir viver para Portugal.

A escola e a sociedade têm tido um papel fundamental, na integração de K., pois as suas ações têm sido centradas na cooperação das diferentes entidades que formam o sistema inclusivo, possibilitando assim, a esta criança, igualdade de condições para que a sua integração seja total.

Realçamos a importância das organizações de solidariedade social, nas missões efetivadas, tentando melhorar as condições de vida dos mais desfavorecidos e dos cidadãos com incapacidades.

Destacamos o poder estatal, no contributo dado às crianças e adultos com deficiência e na criação de legislação específica, nas vertentes social, académica e pessoal, que defenda os interesses e necessidades destes indivíduos, perspetivando um futuro de equidade.

Distinguimos também, o contributo que cada cidadão pode exercer, afastando os olhares indiscretos e acolhendo dignamente na sua esfera social, os cidadãos diferentes.

Realçamos ainda, o papel da escola e da família como os principais responsáveis por proporcionarem o desenvolvimento das potencialidades de crianças e jovens deficientes, preparando-os para a sua integração na vida ativa.

Por fim, uma última referencia à criança K., exaltando com satisfação a rápida adaptação a uma nova realidade social e todos os progressos alcançados, devido ao empenho e dedicação que tem prestado nas obrigações que lhe são atribuídas.

Nestas últimas linhas, aproveitamos para desejar que este trabalho promova a reflexão de todos para as crianças com deficiência, particularmente, para as crianças portadoras de espinha bífida-mielomeningocelo, com o intuito de lhes proporcionar momentos iguais, serem respeitadas, encorajadas, compreendidas e, que no seu próprio país ou noutra que as acolha, tenham a oportunidade de **SEREM FELIZES.**

BIBLIOGRAFIA

- Correia, L. d. M. (1997). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares* (1ª ed.): Porto Editora Lda.
- Correia, L. d. M. (2003). *Educação Especial e Inclusão; Quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo*: Porto Editora Lda
- Cuberos, M., Motta, A.N. & Ruiz, E.P., *Deficientes Motores I: Espinha Bífida*, in Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais* (1ª ed.): DinaLivro
- Duarte, J. B. (2008). *Estudos de Caso em Educação: Investigação em profundidade com recursos reduzidos e outro modo de generalização*. Revista Lusófona de Educação, 11, 113-132.
- Farrel, M. (2008). *Guia do Professor - Deficiências Sensoriais e Incapacidades Físicas* (1ª ed.): Artmed.
- Martin, M. C., Jáuregui, M. V. G., & López, M. L. S. (2004). *Incapacidade motora: Orientações para adaptar a escola* (F. Murad, Trans.): Artmed Editora SA.
- Mittler, P. (2000). *Educação Inclusiva: Contextos sociais*. Artmed Editora SA.
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula: um Guia para Professores* (3ª ed.): Porto Editora Lda.
- Stockes, M. (2000). *Neurologia para Fisioterapeutas*: Editorial Premier.
- Tecklin, J.S. (1999). *Fisioterapia Pediátrica* (3ª ed.): Artmed Editora SA.
- Vayer, P., & Roncin, C. (s/d). *Integração da criança deficiente na classe*: Instituto Piaget.

NETGRAFIA

<http://www.cercigui.pt/nee/pagina.htm> (consultado em 7/10/2011)

<http://bruno89.wordpress.com/2008/10/15/122/> (consultado em 5/10/2011)

<http://www.artesmedicas.com/mielomeningocele.htm> (consultado em 8/10/2011)

<http://www.fetalmed.net/item/mielomeningocele.html> (consultado em 4/11/2011)

<http://www.sbfv.org.au/what-is-spina-bifida.html> (consultado em 28/10/2011)

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/imagepages/19087.htm> (consultado em 11/11/2011)

<http://www.espinhabifida.com/> (consultado em 3/10/2011)

Anexos

